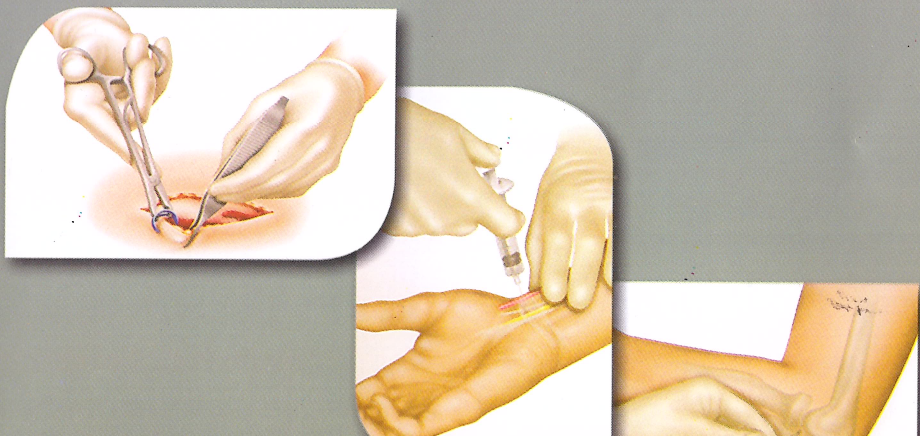
АМБУЛАТОРНА ХІРУРГІЯ

Н.П. Коржик, О.М. Миронов



КНИГА ПЛЮС
ЛІТЕРАТУРА МЕДИЧНА

АМБУЛАТОРНА ХІРУРГІЯ
Н.П. Коржик, О.М. Миронов

Н.П.Коржик, О.М. Миронов

Амбулаторна хірургія

Науково-методичний посібник для лікарів

Київ – 2010

ВСТУП

"Люблю та поважаю молодість,
тому що пам"ятаю свою"'.

М.І. Пирогов
1861 р. 13 квітня м .Київ

Щорічно тисячі молодих фахівців, закінчивши медичні університети, приступають до самостійної роботи. Попереду – все життя, а значить: турботи і хвилювання, операції та чергування. Освоюючи таємниці рукоділля, а саме так дослівно перекладається слово "хірургія", вони понесуть людям безцінні скарби світової хірургічної науки, серед якої чільне місце замають і українські вчені.

Хірургія – провідна галузь медичної науки. Основний її метод – метод механічної дії на органи та тканини, як наука визнана у 1739 р., коли була створена французька академія наук, проте виникла вона значно раніше: ще у древньому Єгипті застосовували кровопускання, виконували ампутації кінцівок.

Гіпократ – древньогрецький лікар, створив вчення про типи людей, започаткував десмургію – науку про перев`язки, лікував переломи. Він вперше оцінював здоров`я хворого за загальним станом.

Гален лікував римських гладіаторів.

Авіцена створив 5-ти томне видання "Канон лікарської науки". Він також робив перші спроби застосування знеболення, випалювання пухлин.

Батьком сучасної хірургії вважають Амбруаза Паре, котрий вперше застосував метод перев`язки судин для лікування ран.

Неперевершеними постатями в історії хірургії є, безперечно, М.І.Пирогов, М.В.Скліфосовський, В.А.Караваєв, Н.М.Волкович, О.А. Кримов, С.С.Юдін, М.І.Іщенко, М.С.Коломійченко, а також наші сучасники: М.М. Амосов, О.О. Шалімов, О.М. Авілова, В.Д. Братусь, М.М. Ковальов, М.П. Черенько та багато-багато інших, чия праця і талант врятували людям здоров`я та життя.

Гостре хірургічне захворювання – динамічний процес, він охоплює всі системи організму, за цих обставин фактор часу відіграє найважливішу роль, він буває вирішальним або фатальним.

Робота амбулаторного хірурга має багато особливостей. До них належить повнота обстеження в амбулаторних умовах, відбір хворих

для стаціонарного та оперативного лікування, своєчасне виявлення та госпіталізація хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, реабілітація хворих після виписки із стаціонару. Робота у поліклініці вимагає високої теоретичної підготовки, вміння раціонально поєднувати хірургічні методи лікування з фізіотерапевтичними, бальнеологічними та санаторно-курортними. Крім того, хірург поліклініки бере активну участь у профілактичній, оздоровчій та санітарно-просвітницькій роботі.

Не секрет, що обираючи фах хірурга, всі мріють про напружену героїчну працю на чергуваннях, в операційній, проте амбулаторна хірургія – не менш важлива і копітка робота, без якої стаціонарна хірургія була б неможливою. І так, як малі річки утворюють могутні потоки Амазонки, Волги та Дніпра, так і численні скромні амбулаторно-поліклінічні хірурги вливаються у величезний моноліт, що зветься ХІРУРГІЯ – РУКОДІЛЛЯ, МИСТЕЦТВО, яке повертає здоров`я та життя мільйонам вдячних пацієнтів.

Тож нехай таланить Вам у вирі стрімких та могутніх життєдайних потоків, дорогі колеги!

З повагою, автори.

І. Основи загальної хірургії

Знеболення в амбулаторній хірургії

Амбулаторні операції повинні проводитись в умовах повного знеболення. Недостатнє знеболення позбавляє можливості провести оперативне втручання в достатньому обсязі. Недостатньо проведене оперативне втручання може ускладнити перебіг ранового процесу та негативно вплинути на загальний стан хворого. В зв'язку з цим раціональний вибір методу знеболення при хірургічних захворюваннях у поліклініці не тільки впливає на термін лікування та медичну реабілітацію, але й визначає термін непрацездатності у кожному конкретному випадку.

Основним видом знеболення в умовах поліклініки є місцева анестезія. Проте при обширних флегмонах, глибоких формах панарицію місцеве знеболення може бути недостатнім, тому в сучасно обладнаних поліклініках є всі умови для проведення загального знеболення.

Основні принципи знеболення

1. Досягнення повного знеболення протягом всієї операції з врахуванням психопрофілактичної підготовки хворого та його емоційного стану.

2. Безпечність та нешкідливість для хворого знеболюючих препаратів.

3. Мінімальна частота ускладнень та побічних реакцій під час операції.

4. Відсутність наслідків застосовуванних методів знеболення в післяопераційному періоді, особливо при перебуванні хворого в домашніх умовах.

5. Ризик знеболення не повинен перевищувати ризик оперативного втручання.

Місцеве знеболення

В амбулаторній хірургії найчастіше застосовується місцеве знеболення. Це пояснюється порівняно невеликим обсягом оперативних втручань, незначною їх тривалістю, а також мінімальною кількістю ускладнень та побічних реакцій. Враховуючи безпечність та простоту застосування різних методів місцевого знеболення, останнє не втратило актуальності на сьогоднішній день. З метою місцевого

знеболення часто використовують розчини новокаїну, лідокаїну, тримекаїну, ультракаїну.

Новокаїн та його анестетичні властивості були відкриті Ейнгорном в 1905 р. Для проведення провідникової анестезії застосовують 1–2% розчин новокаїну, для інфільтраційної – 0,25–0,5%. Під тиском новокаїну зникає відчуття холоду й тепла, болі та тиску. Препарат мало токсичний, проте при введенні у кров`яне русло його токсичність збільшується у 10 разів порівняно з інфільтраційною анестезією. Найбільша разова доза новокаїну для дорослих на початку операції при застосуванні 0,25% розчину – 1,25 (500 мл) та 0,75 г при введенні 0,5% розчину (150 мл). При підвищеній чутливості до новокаїну у хворого виступає холодний піт, виникає запаморочення, слабкість, нудота, блювання, падіння артеріального тиску та колапс. В рідких випадках виникає психо-моторне збудження, судоми, відчуття страху, галюцінації. При прояві ознак інтоксикації хворому слід ввести внутрівенно до 100 мл 1% розчину кальцію хлориду, підшкірно – 1 мл 5% розчину ефедрину та 1 мл 20% розчину кофеїну, перед операцією необхідно пробу на переносимість новокаїну.

Лідокаїн (ксилокаїн, солкаїн). Добре розчинний у воді, не втрачає анестетичних властивостей при кип'ятінні, при дії кислот та лугів. При цьому анестезуючий ефект в 4 рази більший в порівнянні з новокаїном, токсичність – у 2 рази. Застосовується для провідникової анестезії у вигляді 0,5–2% розчину для інфільтраційної анестезії – 0,25–0,5%. Дія лідокаїну більш тривала, ніж новокаїну (до 3–5 год.).

Проте, як і будь-який хімічний препарат він не позбавлений недоліків: є дані про його імунодефіцитні властивості, а також про тяжкі ускладнення: зупинка серцебиття та дихання.

Тримекаїн застосовується для інфільтраційцної анестезії у вигляді 0,25% та 0,5%, 1% розчину; для провідникової анестезії – 1–2%. Анестезуюча ефективність та тривалість дії у 3 рази вище, ніж новокаїну, проте він у 1,5 рази токсичніший. Протипоказами є непереносимість препарата.

Протипоказами до застосування місцевого знеболення слід вважати підвищенну чутливість до анастетиків, вік молодший 12 років, нервово-психічну лабільність та зміни у м'яких тканинах, що протидіють виконанню провідникової та инфільтраційної анестезії (посттравматичні рубці тощо).

Провідникова анестезія за Д. І. Лукашевичем залежно від рівня зняття больової чутливості поділяється на стовбурову регіонарну анстезію нервових сплетінь, анестезію нервових вузлів (пара-

вертебральну). В амбулаторних умовах найчастіше застосовують провідникову анетстезію під час операцій на пальцях. Після підготовки шкіри в ділянці п'ястно-фалангового з'єднання накладають джгут, дистальніше котрого з тильного боку тонкою голкою проводять анастезію шкіри. По латеральній новерхні пальця вводять 4–5 мл 1–2% розчину анестетика. Під час ін'єкції голку повільно просувають в сторону долонної поверхні пальця. Звичайно анестезія настає через 5–7 хв. Найчастішою помилкою при цьому є початок операції до настання повної анестезії. В подібних ситуаціях не завжди вдається провести повноцінну ревізію рани та її дренуваня. При локалізації гнійного вогнища з ділянці основної фаланги та п'ястно-фалангового суглоба доцільно проводити провідникову анестезію за Є.В.Усольцевою. При цьому розчин анестетика вводять проксимальніше поділу загальних пальцьових нервів між п'ястними кістками. При цьому на тильній поверхні кисті у відповідний міжкістковий проміжок внутрішкірно вводять 1–2 мл 1% розчину анестетика. Через утворену "лимонну скоринку" довгою голкою в сторону долоні вводять розчин анестетика, поступово інфільтруючи тканини.

В міжкістковий проміжок необхідно вводити 5–7 мл 1% розчину анестетика.

Вагосимпатична блокада за Вишневським застосовується при травмах грудної клітки з метою профілактики плевропульмонального шоку. Хворого кладуть на спину з валиком під плечами та повернутою з протилежний бік головою. В проекції перетину заднього грудинно-ключично-сосцеподібного м'яза із зовнішньою яремною веною внутрішкірно вводять 1–2 мл 0,5% розчину новокаїну. Загалом вводять 50–60 мл 0,5% розчину новокаїну. Як ускладнення може виникнути пошкодження крупної судини з утворенням гематоми та пошкодження плеври.

Паравертебральна анестезія показана при забоях грудної клітки та переломах ребер. Введенням анестетика блокуються міжреберні нерви в ділянці їх виходу із міжхребцевих отворів. Після знеболення шкіри на відстані 1,5–2 см від остистого паростка відповідного хребця проводять голку до поперекового паростка та вводять 15–20 мл 1% розчину новокаїну. Можливі ситуації, коли введенні на глибину 4–5 см голка може потрапити у проміжок між поперековими паростками. Голку слід сзунути доверху і знову ввести до відчуття опору кістки. З метою попередження інтравазального введення концентрованого розчину анестетика голку рекоменду-

ється вводити у м'які тканини без шприця. Із ускладнень слід пам'ятати про пошкодження голкою плеври з розвитком пневмотораксу та пораненням мозкової оболонки при потраплянні голки у міжхребцевий отвір.

Міжреберна анестезія застосовується при переломах ребер, забоях грудної клітки, міжреберних невралгіях та інших захворюваннях. Розчин новокаїну вводять через міжреберний проміжок до місця розташування нерва. Рівень анестезії визначається локалізацією вогнища захворювання чи травми. Слід мати на увазі, что у задніх відділах ребер судинно-нервовий пучок розміщений ближче до середини міжреберного проміжка. Цей пучок іде по нижньому краю кожного ребра. Хворого кладуть на здоровий бік. Після внутрішньошкірного введення новокаїну далі голку проводять перпендикулярно до нижнього краю ребра, потім відтягують назад і вводять знизу вверх в передньо-задньому косому напрямку – під нижній край ребра. При проведенні голки слід періодично роз'єднувати голку та шприц з метою профілактики інтравазального введення анестетика. Для міжреберної блокади достатньо в одне міжребір'я ввести 10–15 мл 0,5–1,0% розчину новокаїну.

Ретромамарна новокаїнова блокада застосовується для знеболення при проведенні операцій з приводу маститу та доброякісних пухлин молочної залози. Після внутрішкірного введення розчину новокаїну в ділянку основи молочної залози проводять довгу голку в ретромамарний простір і вводять 100–200 мл 0,25% розчину підігрітого новокаїну. В зв'язку із введенням розчину новокаїну в деяких хворих може бути запаморочення, загальна слабкість, зниження артеріального тиску. Це слід враховувати при організації транспортного забезпечення для перевезення хворого з поліклініки додому.

Паранефральна новокаїнова блокада в хірургічному відділенні поліклініки застосовується при облітеруючому ендартериїті нижніх кінцівок, атонії шлунка та кишок. Для проведення лівосторонньої паранефральної блокади хворого кладуть на валик правим боком із зігнутою у кульшовому та колінному суглобах правою ногою та витягнутою лівою. Внутрішкірно вводять розчин новокаїну в точці перетину XII ребра з зовнішнім краєм довгих м'язів спини, через яку перпендикулярно до шкіри проводять довгу тонку голку вглибину.

Достатньо ввести 60–80 мл підігрітого 0,25% розчину новокаїну. Транспортувати хворого додому слід через 1,5–2 години в супроводі родичів.

Хірургічна операція



Хірургічні операції виконували лікарі ще стародавнього Єгипту, Індії, Греції на грудній клітці, черепі, кінцівках.

Сто років тому деякі операції закінчувалися, на жаль, нагноєнням ран, оскільки дехто з хірургів не дотримувався правил асептики та антисептики.

М.І. Пирогов запропонував сортування хворих, що допомогло знизити смертність.

Хірургічна операція – це криваве, лікувальне або діагностичне втручання, яке здійснюється на органах чи тканинах.

Операція виконується у спеціальному приміщенні – операційній, де є прилад для стерилізації матеріалу та інструментів. Формується бригада з кваліфікованих фахівців. За порожнинної операції: 1 хірург та 2 асистенти.

Обов'язково передбачена анестезіологічна бригада: анестезіолог – анестезист. Працює постійна операційна медсестра та санітарка.

Налагоджені такі служби:

1. Інженерна.
2. Вентиляційна.
3. Відсмоктувач.

Операційна має автономне електропостачання.

Розташування операційної бригади має бути зручним відповідно до типу операції.

Ріжучими та колючими інструментами володіє оператор, асистенти допомагають. За необхідності в операції беруть участь ендоскопісти, патологоанатоми, рентгенологи.

Аби успішно зробити операцію необхідні хірургічні інструменти, які бувають:

I. Загальні (скальпель, пінцет, ножиці).

II. Спеціальні: а) кісткові: кусачки, долота, сверла, дриль.

б) використання апаратів штучного кровообігу (для операцій на серці).

в) електроріжучі інструменти – електроніж.

г) лазерні ножі – мають менше застосування.

Кардіохірургічні операції тривають довгий час.

Назви хірургічних операцій утворюються найчастіше від грецьких або латинських слів:

Ампутація – видалення частини органа.

Екстирпація – видалення органа повністю.

Резекція – в основному порожнистих органів, наприклад, шлунка, верхівки зуба – при гранульомах.

Апендектомія – видалення апендикулярного паростка.

Стомія – отвір, що сполучається із зовнішнім середовищем.

Якщо людина не може ковтати, роблять гастростому.

Томія – розтин або роз'єднання.

Операції інколи носять назву автора: Операція Пирогова – позаочеревинний розтин при ускладненнях гострого апендициту.

Операції бувають:

– криваві (екстирпація зуба),

– безкровні (ендоскопічні операції – видалення поліпа),

– відносно безкровні – за застосування лапароскопічної техніки,

– сумісні операції (симультанні) – при оперативному лікуванні основного захворювання оперують іншу патологію, наприклад, видаляють виразку шлунка та жовчний міхур.

Залежно від мети бувають:

1. Лікувальні – з метою поліпшення стану хворого;

2. Діагностичні;

3. Лікувально-діагностичні.

За якістю оперативного втручання:

1. Радикальні, що сприяють одужанню.

2. Умовно радикальні – приносять тимчасове поліпшення, операції, що забезпечують позитивний результат додаткових методів лікування, наприклад, операція та хіміотерапія.

3. Поліативні – операції, що тимчасово поліпшують стан хворого при важкій невиліковній патології.

Останнім часом велике значення надається діагностичним операціям: плевральні пункції, спинномозкова пункція, діагностична лапаротомія, лапароцентез.

За терміном виконання бувають:

1. Первинні операції;

2. Вторинні;

Первинні – з приводу захворювання або травми.

Вторинні – за ускладнення, виконується у зв'язку з неповноцінністю первинної операції.

За етапністю:

1) одномоментні – одноетапні.

2) в кілька етапів – видалення стравоходу з подальшою пластикою; виведення протиприродного анального отвору на черевну стінку – друга операція виконується через 2–4 місяці.

За оперативністю:

1. Термінові або негайні.
2. Планові.
3. Відтерміновані.

До термінових належать операції, що виконуються з метою врятування життя пацієнта. Це операції з приводу кровотечі, травми.

Єдиний спосіб виконання операції при кровотечі – її зупинка. Смертність під час цих операцій становить 15–20%.

Планові операції, виконані в плановому порядку. Це найвигідніший спосіб втручання. Хворого необхідно підготувати до операції.

Потрібно обов'язково мати згоду хворого. Примусового оперативного лікування не буває. Але якщо хворий непритомний, то згода необов'язкова. Операція виконується за життєвими показаннями. При необхідності скликають консиліум.

Залежно від бактеріального забруднення бувають:

1. Асептичні (чисті) – за відсутності впливу зараження та контакту органів з гнійним вмістом.
2. Гнійні – органи, на яких виконуються оперативні втручання, мають контакт з патогенною мікрофлорою; операції на гнійниках.

Будь-яка операція супроводжується операційним ризиком.

За ступенем ризику операції поділяються на:

1) З незначним ризиком;
2) З помірним ризиком;
3) З відносно помірним;
4) Із значним ризиком.
5) Із надзвичайним ризиком – це оперативні втручання за життєвими показаннями.

Оперативний доступ – має основне значення. Від нього залежить як якість самої операції, так і її віддалений період.

Оперативний прийом:

– простий (при поверхневих операціях)
– складний – при операціях на грудній порожнині, за нейрохірургічних операцій.

Отже, хірургічна операція – складний етап лікувального процесу, що вимагає професіоналізму та уваги.

Особливості гнійно-септичного процессу в сучасних умовах

Основні збудники

Профілактика та лікування хірургічної інфекції в зв'язку з її поширенням складає одну з найважливіших проблем сучасної хірургії.

Актуальність розроблюваної теми зумовлена зростанням летальних випадків, безпосередньо пов'язаних з інфекційними ускладненнями, які за даними різних авторів становлять 42–60% (Б.М. Даценко, 1994, Петров В.В., 1984, Boys J.M., 1989, May et all, 1993).

Імунну реактивність організму знижує погіршення екологічної обстановки, яка має особливості в кожному окремо взятому регіоні. Особливо згубну дію на імунітет надає іонізуюча радіація. Значну роль відіграє і погіршення соціальних факторів; стан хронічного стресу також погіршує імунологічну реактивність.

Високий процент ускладнень, зріст травматизму, впровадження нових терапевтичних та хірургічних методик, зниження імунорезистентності організму, негативний вплив антибактеріальних препаратів спонукають до пошуків нових методів лікування.

З іншого боку, насиченість фармацевтичного ринку України широким асортиментом антибактеріальних препаратів значною мірою ускладнює вибір єдино необхідного ефективного препарата, який би був нетоксичним, мав високий рівень біодоступності та був би прийнятним за ціною.

Гнійно-септичний процес за останні роки став не тільки хірургічною, але й загальнобіологічною проблемою, тому що патологічні процеси, що складають його підґрунтя , а також підходи до лікування та профілактики базуються на його складних молекулярних та клітинних механізмах.

Винятковим досягненням з теоретичної та практичної точки зору, що змінили всю концепцію сепсису, було відкриття низки могутніх ендогенних медіаторів системної запальної реакції. Зараз є загальноприйнятим фактором, що сепсис не можна вважати результатом прямої дії мікроорганізму на макроорганізм, а наслідком суттєвих порушень в імунній системі, що проходять в своєму розвитку від стану надмірної активації (фаза "гіперзапалення") до стану імунодефіциту (фаза "імунопаралiча").

Певну роль в збереженні високого рівня госпітальних інфекцій відіграє зріст числа супутніх захворювань, що знижують імунну реактивність організму, наприклад, цукрового діабету, а також використання хіміотерапевтичних методів, глюкокортикоїдної терапії з імуносупресивним ефектом.

Як відомо, інфіковані рани є частим ускладненням і ризик їх виникнення залежить від кількох параметрів: виду операції, віку пацієнта, стану харчування, супутніх захворювань, тривалості операції та перебування хворого у стаціонарі, використання протезів та дренажів, кваліфікації хірурга.

Активність антибіотика може знижуватися фагоцитами після його внутрікліткової локалізації. Оточуюче середовище, в якому міститься медпрепарат, також може сприяти антибактеріальній активності останнього. Антибактеріальна активність може видозмінюватися після внутрікліткової локалізації бактерії внаслідок фагоцитозу. Перед тим, як антибіотик зможе діяти на розміщену всередині клітини бактерію, він повинен бути захопленим фагоцитом, і при цьому зберегти свою активність. Бактерії різними шляхами можуть виживати у внутріклітковому середовищі. Деякі локалізуються всередині фагосоми (Staphylococcus aureus, Escherichia coli), інші виробляють механізми виходу із фагосоми і наступного внутрішньокліткового розмноження (listeria monocytogenes, Legionella pneumophila) .

Викликана антибіотиками імуномодуляція може розглядатися як частина терапії пацієнтів з імунодефіцитами. Ця група включає хворих із злоякісними новоутвореннями, цукровим діабетом, кистозо-фіброзом, травмами, опіками, після трансплантації органів, є високочутливою до інфекції. Антибіотики, які належать до біологічних модифікаторів, не викликають пригнічення природньої захисної системи організму або функції лімфоцитів; навпаки, вони збільшують клітинну кілерну здатність, зменшують вірулентність бактерій або збільшують їх чутливість до дії імунної системи.

Слід зазначити, що сепсис здебільшого викликається різними формами бактеріальної інфекції. До використання антибіотиків широкого спектра дії збудниками сепсису частіше були стрептококи та стафілококи, проте з появою та широким клінічним застосуванням нових сильних антибіотиків все більшу роль стала відігравати нозокоміальна грамнегативна інфекція. Сьогодні частота випадків грам (+) та грам (-) сепсису приблизно однакова.

Поки не вияснено, як ця тенденція впливає на патогенез септичного процесу.

Серед внутрішньогоспітальної інфекції найбільш небезпечною є інфекція, що викликана золотистим стафілококом. Небезпечна стафілококова інфекція є найчастішою в реанімації та хірургії. Причиною цього є його стійкість до пеніциліну та ампіциліну у 90% .

Паличка синьо-зеленого гною (Pseudomonas aeruginosa) відрізняється низькою чутливістю до більшості сучасних антибактеріальних препаратів, властивістю дисоціювати та пригнічувати зростання іншої мікрофлори, викликаючи при цьому низку гнійних ускладнень. Це грамнегативний мікроб, що вегетує у повітрі, воді, на шкірі та у кишківнику людини, здатний продукувати пігмент синьо-зеленого кольору – піоціанін, що забарвлює пов'язки у синьо-зелений колір, викликаючи лізис клітин шкіри, лейкоцитів і навіть стрептококів та кишкової палички.

Паличка синьо-зеленого гною значно частіше та довше зберігається у гнійних ранах, ніж інші патогенні мікроби, що перебувають із нею в асоціації. В зв'зку з її природньою стійкістю до більшості антибактеріальних препаратів, призначена антибіотикотерапія є для палички синьо-зеленого гною фактором селекції, що зумовлює її безконкурентне розмноження у гнійній рані.

Кишкова паличка (Escherichia coli) належить до групи грамнегативних бактерій, що не утворюють спори, є широко розповсюдженим у природі сапрофітом, що вегетує у кишківнику людини, тварин, птахів, риб та кишковій трубці комах. Зустрічається на шкірі людини, особливо в анальній ділянці. Кишкова паличка умовно-патогенна і проявляє свою вірулентність, потрапляючи з кишківника в оточуючі тканини, як це спостерігається при проривному апендициті, перфорації товстого кишківника. Інфекції, викликані кишковою паличкою, набувають все більшого поширення у хірургічній клініці.

Патогенні форми кишкової палички виділяють ендотоксин та екзотоксин, з дією яких пов'язані можливі генералізовані форми інфекції, особливо в осіб з ослабленою резистентністю, а також розвиток ендотоксичного шоку. Штами кишкової палички нечутливі до більшості антибіотиків і можуть викликати інфікування ран самостійно або у складі мікробних асоціацій, частіше всього із стафілококом – у 34,7% випадків.

Протей (Protus) також є представником госпітальної інфекції: це умовно-патогенний факультативний анаероб, що викликає най-

частіше гнилісні та гнійно-гнилісні процеси у м'яких тканинах. Протей рідко виділяють у вигляді монокультури, частіше всього він зустрічається у мікробних асоціаціях, особливо у вигляді суперінфекції, яка характеризується настирним перебігом і важко піддається лікуванню. Протей відрізняється високою стійкістю до антибіотиків. В асоціаціях з різною мікрофлорою, чутливою до антибіотиків, протей активізується, підвищує свою вірулентність і починає швидко розмножуватись. Висівання його з іншими мікробами становить 50–100%.

Неспороутворюючі анаероби вегетують на шкірі, у верхніх дихальних шляхах. Їх патогенність проявляється у випадку зниження реактивності організму та при супутніх захворюваннях, наприклад цукровому діабеті.

Отже, основними збудниками в сучасних умовах є золотистий стафілокок, паличка синьо-зеленого гною, кишкова паличка та протей.

Медикаментозне лікування гнійних ран

Однією з основних причин утримання високого рівня частоти гнійно-септичних ускладнень та летальності виступає постійна зміна бактеріальної мікрофлори та її біологічних властивостей під дією антибактеріальної терапії, і, що особливо актуально, нераціональних програм застосування антибіотиків.

При призначенні антибактеріальної та антисептичної терапії слід брати до уваги характер первинного вогнища інфекції, функціональний стан печінки, нирок, імунної системи хворого. Особливо слід зупинитися на клінічному значенні вивільнення ендотоксину (ліпополісахариду), що індукується антибіотиками.

Застосування монотерапії менш токсичне, ніж комбінації антибіотиків. З метою монотерапії застосовують близько 2-х тисяч препаратів, які можна розділити на 3 групи: дезинфікуючі, антисептичні, хіміотеопевтичні. Дезинфікуючі засоби застосовують в основному для пригнічення життєдіяльності збудників хірургічної інфекції в оточуючому середовищі (прибирання операційної, дезинфекція апаратів та медичного обладнання тощо). Інші препарати застосовують при інфікуванні поверхні тіла, серозних порожнин з урахуванням клінічного перебігу захворювання.

Найчастіше в хірургічній практиці призначають йодонат, перекис водню, калію перманганат, етиловий спирт, метиленовий синій, діамантовий зелений, хлорфіліпт, ектерицид, димексид, диоксидин, фурацилін, хлоргексидин, гіпертонічний розчин натрію хлориду.

Особливе значення, на мою думку, мають препарати хлорфіліпт, диоксидин та 10%-ий розчин хлориду натрію, вони вкрай необхідні у першій фазі ранового процесу, тобто тоді, коли найпершим обов'язком лікаря є боротьба з інфекцією.

Хлорфіліпт застосовують місцево у вигляді 1%-го спиртового розчину, який розводять у співвідношенні 1:5 у 0,25%-му розчині новокаїну, він допомагає лікувати тривало незагоювані рани, опіки, трофічні виразки.

Диоксидин застосовують місцево у вигляді 1%-го розчину (водного) для лікування гнійно-запальних процесів (гнійні рани, абсцеси, флегмони, післяопераційні рани сечових та жовчновивідних шляхів). При септичних станах призначають 0,5%-ий розчин диоксидину внутрішньовенно на 5%-му розчині глюкози.

Місцеве застосування антисептиків доцільно поєднувати з системним застосуванням антибіотиків. При цьому слід віддавати перевагу монотерапії, тому що один препарат менш токсичний, ніж комбінація антибіотиків. У сучасних умовах застосовують цефтриаксон, тієнам, ципрофлоксацин. Препарати фторхінологонового ряду, лікувальною основою яких є ципрофлоксацин, згубно діють на бактеріальну клітину та підвищують імунний захист організму шляхом посилення фермента ДНК-гірази. Застосування фторхінологів допомагає оптимізувати лікування гнійних ран як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах. Тому після обробки гнійної рани при місцевому гнійно-септичному процесі слід призначати препарат, який не лише має антибіотичні властивості, а й підвищує імунну стійкість організму.

Застосування схеми, до якої входять препарати фторхінолонового ряду, лікувальною основою яких є ципрофлоксацин, дає змогу пришвидшити загоєння післяопераційної рани, зменшити явища інтоксикації та гнійно-некротичні виділення з рани, поліпшити процеси грануляції та епітелізації. Завдяки цьому хворі менше часу перебувають на лікарняному листку, мають змогу лікувати гнійні рани в умовах поліклініки та денного стаціонару.

Отже, виникнення та перебіг гнійної інфекції залежить від стану імунної системи, властивостей мікрофлори, чинників довкілля та їх взаємодії.

Опіки: перша допомога та лікування

Які бувають опіки

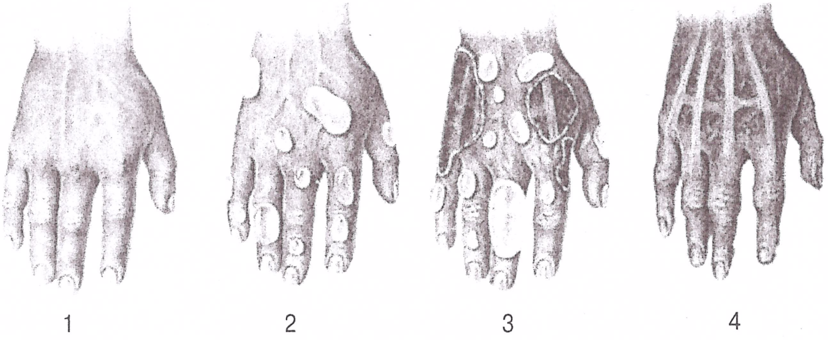
За даними ВООЗ, опіки поміж усіх травм посідають третє місце. Хворі з опіками у 80–90% випадків лікуються амбулаторно.

Залежно від типу ураження розрізняють такі види опіків:

1. Термічні – від дії високої температури.
2. Хімічні – від дії кислот, лугів та інших хімічних речовин.
3. Променеві (радіаційні) – від впливу рентгенівського проміння та гама-опромінення.
4. Електричні – від дії електричного струму або блискавки.

Термічні опіки

Виникають внаслідок безпосереднього контакту з нагрітим предметом, відкритим полум'ям, парою, гарячою рідиною. Близько 70% із них – це побутові опіки. Клінічний перебіг та результати лікування значною мірою залежать від характеру та температури термічного агента, тривалості його дії на організм хворого та площі ураження. Опіків передусім зазнає шкіра. Від ступеню змін шкіри та підшкірних тканин, а також їхньої площі залежить важкість перебігу травми. Від важких опіків пошкоджуються всі системи організму, виникає опікова хвороба. За обмежених та поверхневих термічних опіків загальна реакція організму мало виражена, не буває оз-



Ступені опіків:

1 – опік першого ступеня; 2 – опік другого ступеня;

3 – опік третього ступеня; 1 – опік четвертого ступеня;

нак опікової хвороби. Шкіра, як відомо, складається із шарів, з яких найважливіша роль належить ростковому шару епідермісу та дермі. Якщо післяопіковий некроз охоплює ростковий шар і гинуть всі елементи шкіри – під час загоєння утворюється рубцева тканина.

Розрізняють 4 ступені опіків:

I – гіперемія та набряк шкіри.

II – відшарування епідермісу з утворенням пухирів.

III-А – змертвіння поверхневих шарів шкіри із збереженням епітелію волосяних цибулин, потових та сальних залоз.

III-Б – руйнування всіх шарів дерми.

IV – некроз шкіри та розміщених під нею тканин.

Від опіку I ступеня відчувається помірний біль. Через кілька днів набряк та почервоніння зникають, поверхневі шари епідермісу злущуються.

При опіках II ступеня після видалення пухирів з прозорою рідиною видно рожеву поверхню дна опікової рани. Вона дуже чутлива до зовнішніх факторів. Інколи пухирці, якщо в них немає нагноєння, не видаляють, вони добре загоюються. Проте за появи гною їх негайно розкривають.

При опіках III-А ступеня пухирці більші і заповнені жовтуватою рідиною або желеподібним вмістом. Після їх видалення відкривається рожевого кольору дно опікової рани. Больова чутливість у цій ділянці зберігається або значно знижена. Якщо температура уражаючого фактора була висока, на місці опіку може утворюватися струп світло-сірого або коричневого кольору. У цьому разі поверхня опіку мало чутлива до різних механічних подразників. Опіки I, II та III-А ступеня належать до поверхневих та гояться без застосування шкірної пластики.

При опіках III-Б ступеня пухирці заповнені геморагічною рідиною. Після руйнування пухирця його дно є опіковою раною тьмяно-сірого відтінку, іноді з дрібними крововиливами або мармуровим малюнком. Больова чутливість різко знижена або повністю відсутня. Утворені струпи мають жовто-сірий або коричневий відтінок.

Опіки IV ступеня характеризуються наявністю коричневого або чорного струпа, розмір його залежить від ступеня ураження.

Визначення глибини та площі опіку

Крім анамнезу хворого та даних огляду, важливе значення має обстеження больової чутливості в зоні термічного ураження: на поверхневих опіках вона збережена або суттєво знижена, на глибоких пов-

ністю відсутня. Від глибоких опіків виникають набряки м'яких тканин кінцівки на дистальній ділянці від обпеченої поверхні.

Опіки гарячими рідинами та парою найчастіше бувають поверхневими. Глибокі опіки на обмежених ділянках частіше виникають від дії полум'я, розплавленого металу, розжарених металевих предметів, гарячих клейких речовин (смола, бітум). Загоєння опіків ускладнюється інфікуванням та збільшенням площі опікової поверхні.

Площа в оцінці важкості термічного пошкодження відіграє вирішальну роль. Найпростіше визначити площу опіку за допомогою правила дев'яток. За цим правилом голова, шия та верхня кінцівка становлять по 9% загальної поверхні тіла, передня і задня поверхня тулуба та нижня кінцівка – по 18%, промежина – 1%. У клінічній практиці також застосовують правило долоні, що становить 1% поверхні тіла. Для швидшого визначення площі опіку можна користуватися паперовим або поліетиленовим шаблоном.

Амбулаторно лікують пацієнтів з опіками I–II ступеня з площею ураження 5–7% поверхні тіла. Хворих з обширнішими та глибокими опіками після накладання асептичної пов'язки на уражені ділянки тіла, транспортної іммобілізації та проведення протишокових заходів слід терміново відправити санітарним транспортом до опікового центру або хірургічного стаціонару.

Показання до направлення у стаціонар хворих з опіками:

1. Опіки I–II ступеня, які охоплюють більше 10% тіла, та глибокі опіки.

2. Опіки органів дихання, ділянки обличчя та шиї.

3. Опіки ділянок, небезпечних у косметичному та функціональному планах (стопа, промежина, суглоби та ін.).

4. Опіки, які поєднуються з іншими пошкодженнями, і такі, що виникають на фоні важких супутніх захворювань.

Лікування

Під час надання першої допомоги від опіків насамперед слід усунути дію уражаючого фактора. Потім прибирають залишки тліючого одягу та охолоджують уражені ділянки – їх промивають холодною водою або прикладають до ураженої поверхні тіла поліетиленові пакети, наповнені льодом або снігом. Охолодження зменшує біль та розвиток набряку, а також зберігає мінімальну зону термічного ураження. Холодної пори року слід намагатися не допустити переохолодження хворого. Після охолодження на обпечену поверхню накладають суху пов'язку, дають хворому чай або каву та відправляють

до лікувального закладу. Накладати одразу пов'язку з медикаментозними засобами не завжди доцільно, оскільки на місці пригоди буває важко у повному обсязі обробити опікову поверхню, а також можна дезорієнтувати фахівця на етапах лікування. Мазеві пов'язки можуть спричинити поширення гнійної інфекції.

Надаючи лікарську допомогу, особливу увагу слід приділяти потерпілим з ураженням дихальних шляхів. Причиною опіку може бути полум'я. Хриплий голос, біль у горлі під час ковтання, сухий кашель та інші обставини є показаннями для термінової госпіталізації хворого. Перед направленням до стаціонару в поліклініці йому вводять підшкірно 2 мл 2% розчину папаверину гідрохлориду, 2 мл розчину еуфіліну (внутрішньом'язово) та 250 мг гідрокортизону ацетату.

У поліклініці в умовах операційної проводять первинну обробку опікової рани. Для знеболення уводять підшкірно 1–2 мл 1% розчину промедолу, 2 мл 50% розчину анальгіну та 1 мл 1% розчину димедролу. Шкіру довкола опіків протирають марлевими серветками, змоченими 0,5% розчином аміаку, уражену поверхню промивають 0,5% розчином новокаїну, просушують та обробляють 70% етиловим спиртом. Первинна обробка завершується накладанням асептичної пов'язки на кілька днів. Якщо опікова поверхня невелика, замість пов'язки доцільно застосовувати аерозолі: Олазоль, Пантенол, інші. Відкрите лікування опікової рани дає кращі наслідки, ніж з пов'язкою.

При опіках II ступеня знеболення проводять так само. Шкіру протирають 0,5% розчином аміаку, видаляють клапті епідермісу, сторонні тіла, а опікову поверхню ще раз обробляють 70% етиловим спиртом. На опікову рану можна накладати антисептичну пов'язку, проте відкрите ведення опікової рани із застосуванням аерозолю пришвидшить процес загоєння. Якщо виникають ускладнення у вигляді нагноєння, лімфаденіту, хворому призначають антибіотики або госпіталізують. Не зайве призначити полівітаміни з кальцієм для пришвидшення регенерації. На всіх етапах лікування хворим з опіками призначають лікувальну фізкультуру та фізіотерапевтичні процедури, аби запобігти рубцевим контрактурам.

Хімічні опіки

Найчастіше їх спричиняють неорганічні кислоти (азотна, сірчана, соляна), луги (їдкий калій, натрій, негашене вапно, каустична сода), солі деяких важких металів (нітрату срібла, цинку хлориду), фосфору та інші хімічні сполуки. На виробництві найчастіше уражаються відкриті ділянки тіла. У побуті, якщо випадково випити кис-

лоту або луг, виникають опіки слизової оболонки порожнин рота, стравоходу та шлунка. Дія різних хімічних речовин опік має характерні для кожної особливості. Якщо на шкіру потрапляють кислоти, відбувається дегідратація та коагуляція тканин за типом сухого некрозу. Дія лугів проявляється утворенням лужних альбумінатів та омиленням жирів, що зрештою зумовлює руйнування тканин за типом вологого некрозу. Хімічні опіки обмежені за площею і мають чіткі межі ураження. Вони також поділяються на 4 ступені. I ступінь – гіперемія та набряк шкіри; II – через пошкодження епідермісу утворюється тонкий шар некрозу, пухирів, зазвичай, не буває; III ступінь характеризується змертвінням усіх шарів шкіри; IV – змертвінням шкіри та підшкірних тканин.

Перша допомога. Передусім промити уражені ділянки тіла проточною водою. Це дає змогу усунути уражаючу дію хімічного агента і таким чином зменшити важкість опіку. Лише в деяких випадках, коли хімічна реакція уражаючого агента та води підсилює травматичну дію, промивати опік недоцільно. Слід мати на увазі, що коли кислота потрапляє на шкіру, утворюється щільний шар коагульованих тканин, який протидіє проникненню кислоти вглиб. У разі опіків лугами розвивається коліквацiйний некроз, а травматична дія лугу триваліша, ніж під час пошкодження іншими хімічними речовинами. Через це важко визначити глибину та важкість пошкодження хімічним агентом, тому хворого необхідно направити до стаціонару. Для нейтралізації кислот застосовують 2–5% розчин натрію гідрокарбонату (соди) у вигляді примочок або промивання шлунка. При опіках лугами використовують 1% розчин оцтової кислоти або 3% розчин борної кислоти. Опіки хромової кислоти нейтралізують 5% розчином натрію гіпосульфіту (тіосульфіту), пошкодження солями важких металів – 4–5% розчином натрію гідрокарбонату. При пошкодженні шкіри та підшкірних тканин фосфором його дія нейтралізується 5% розчином міді сульфату. Видаляти залишки фосфору з опікової рани слід у темній кімнаті, тому що в освітленому місці вони не помітні. Для видалення алюмінійорганічних сполук застосовують бензин та гас. У разі вираженої інтоксікації організму хворого госпіталізують та проводять цілеспрямовану детоксикацію. Подальше лікування не відрізняється від місцевого лікування термічних опіків.

Електричні опіки

Внаслідок електроопіку відбувається коагуляція білка. Через це некроз шкіри буває різних розмірів, найчастіше сірого або світло-

коричневого відтінку. Електричні опіки супроводжуються вираженими трофічними змінами, мікроциркулярними порушеннями та спазмом артерій. У зв'язку з цим загоєння опікових ран тривале, виникають численні ускладнення, зокрема гнійні інфекції. Електроопіків I–II ступеня практично не буває, для III ступеня характерним є некроз шкіри та підшкірної основи, для IV ступеня – некроз м'язів та кісток. Досить вираженим є больовий синдром у вогнищі ураження тканин.

Перша допомога полягає у негайному припиненні дії електричного струму на потерпілого.

Після припинення дії струму за наявності порушень дихання та серцевої діяльності слід негайно приступити до непрямого масажу серця та штучного дихання "рот у рот" або "рот у ніс" за загальноприйнятими методиками. Лікування опікової рани розпочинають з обробки прилеглої шкіри 0,5% розчином аміаку, протирання ділянок некрозу 70% етиловим спиртом та накладанням асептичної пов'язки. Усіх хворих з електроопіками потрібно госпіталізувати.

Електроопіки – це місцеве пошкодження електричним струмом. Більш обширним та важчим ураженням організму є електротравма, від якої пошкоджуються не тільки тканини в ділянці дотику, а й весь організм. Смертність від електротравм залишається високою. Вона зумовлена, насамперед, порушенням серцевої діяльності та дихання. Інколи хворі перебувають у важкому коматозному стані. На шкірі можна виявити сліди опіку коричневого кольору. Терміново проводять реанімаційні заходи – непрямий масаж серця та штучне дихання. Хворого госпіталізують.

Променеві опіки

Виникають під дією проникної радіації та контакту з радіонуклідами. Низькоенергетичне рентгенівське випромінення та бета-випромінення уражають в основному шкіру; гама-випромінення, нейтрони діють і на підшкірні тканини. Клінічний перебіг залежить від дози іонізуючого випромінення, тривалості його дії, а також від загального стану організму. Розрізняють 4 періоди розвитку променевих опіків. I період – рання променева реакція, що проявляється еритемою в ділянці ураження, II період (прихований) триває від кількох годин до кількох днів (чим коротший прихований період, тим важче ураження). У цей час променевий опік не має ніяких ознак. III період характеризується наявністю вторинної еритеми, набряку тканин, появою пухирів, ерозій та променевих виразок. У IV

періоді (період запалення) поступово зникають еритеми та набряк, зменшуються та гояться виразки, утворюються гіпертрофічні рубці. Слід зазначити, що променеві виразки схильні до малігнізації.

Лікують хворих з променевими опіками в стаціонарних умовах. При поверхневих пошкодженнях та відсутності запальної реакції організму застосовують тільки місцеве лікування. Це – обробка шкіри 70% етиловим спиртом, видалення пухирів, висушування рани стерильними серветками та накладання мазевих пов'язок. Від важких променевих опіків рекомендоване застосування новокаїнових блокад (вагосимпатичної, футлярної, короткої), детоксикації організму: реополіглюкін, неогемодез. При появі ділянок некрозу необхідне оперативне втручання, обсяг якого визначається локалізацею та обширністю променевого ураження.

Відмороження

Відмороження настає під впливом низьких температур на тканини організму. Особливо небезпечне поєднання високої вологості та рвучкого холодного вітру, за такої погоди можна зазнати відмороження навіть за температури близької до $0^{O}C$. Якщо, до того ж, мокрий одяг та взуття. Має значення також пониження опірності організму внаслідок перевтоми, виснаження, кровотечі, голодування, алкогольного сп'яніння. Сприяють відмороженню тромбоз та облітеруючі захворювання, діабетичні ангіопатії та поліневрити, раніше перенесені відмороження, понижена больова й тактильна чутливість під час різних неврологічних захворювань, тісне взуття, одяг тощо. Найчастіше замерзають пальці рук і ніг, а також ніс, вуха і щоки. Серед усіх випадків холодової травми, за даними різних авторів, найбільше (в межах 95,8–100%) уражень кінцівок. При цьому спостерігаються виражені порушення у мікроциркулярному руслі, що зумовлюють розвиток ішемії, трофічних порушень та некрозу. Розрізняють два періоди гострого прояву відмороження – дореактивний та реактивний. Дореактивний може тривати від кількох годин до однієї доби. Ділянка відмороження терпне, пече. Шкіра при цьому буває блідою або ціанотичною. Больова та тактильна чутливість знижені. Після нормалізації температури шкіри та відновлення її функції починається реактивний період. Кінцівка теплішає, шкіра червоніє, далі з'являється біль та набряк м'яких тканин. Існує така класифікація відморожень: I і II ступінь – поверхневі, III та IV – глибокі.

Відмороження I ступеня виникають від нетривалої холодової дії; порушення кровообігу та трофіки мають зворотний характер. Колір шкіри синявий, інколи уражені ділянки набувають мармурового забарвлення. Після зігрівання відновлюється функція кінцівки, больова та тактильна чутливість збережені.

При відмороженнях II ступеня утворюються пухирі, наповнені прозорою рідиною. Шкіра навколо них бліда, після зігрівання – рожева з ціанотичним відтінком. Пухирі можуть утворюватися на другий або третій день після холодової травми. Після розкриття пухирів їх дно покрите фібрином, больова та тактильна чутливість зберігаються. Порушений кровообіг відновлюється через кілька днів, епідерміс злущується та через 8–10 днів шкіра набуває попереднього вигляду.

III ступінь відмороження характеризується розвитком некрозу шкіри та підшкірної основи. Шкіра уражених ділянок набуває багряно-синявого забарвлення, рано виникають пухирі, наповнені геморагічним ексудатом, больова чутливість відсутня, тактильна також. Через кілька днів з'являється сухий або вологий некроз з утворенням демаркаційної лінії, яка відділяє некротизовану тканину від живої. Після відторгнення струпа розвиваються грануляції з поступовим утворенням рубців із сполучної тканини.

Під час IV ступеня відмороження настає некроз усіх тканин. Шкіра синявого кольору, інколи з мармуровим відтінком, у проксимальному напрямку розвивається набряк м'яких тканин. Поступово починається суха або волога гангрена, демаркаційна лінія з'являється через 12–14 днів. З початком відторгнення змертвілих ділянок тканин можуть виникати різні ускладнення: абсцес, флагмона, остеомієліт, тромбофлебіт, тривало незагоювані рани тощо. Відмороження та тривалі переохолодження можуть бути причиною схильності до тромбооблітеруючих захворювань, виникнення невритів, трофічних виразок.

Крім гострого, буває хронічне відмороження, яке частіше виникає за підвищеної вологості та температури близької до 0°С. Повторні та нетривалі переохолодження зумовлюють вазомоторні й трофічні зміни шкіри (звуження судин, порушення живлення тканин). За клінічною картиною хронічне відмороження подібне до відмороження I ступеня: шкіра холодна з синявим відтінком, больова та тактильна чутливість збережені, інколи дещо знижені, місце ураження свербить, терпне.

Перша допомога при відмороженнях найчастіше надається на місці пригоди. Побілілі щоки, ніс, вуха, достатньо розтерти чистою рукою до почервоніння і появи поколювання. Хворого переводять у

тепле приміщення, дають йому гарячий чай, каву. Взуття та одяг обережно знімають, якщо є можливість, поміщають уражені ділянки тіла у ванну з температурою води 17–18°С. Масажуючи уражену кінцівку протягом однієї години, поступово підвищують температуру води до 32–36°С. Потім хворого переодягають і кладуть у тепле ліжко. Відморожену ділянку тіла протирають етиловим спиртом та розтирають до почервоніння та потепління, накладають асептичну пов'язку. Розтирання відморожених частин тіла снігом може призвести до інфікування рани та різних ускладнень, тому незавжди себе виправдовує.

В амбулаторних умовах лікують хворих з обмеженими відмороженнями I–II ступеня, без явищ інтоксикації та супутніх захворювань. У разі відморожень III–IV ступеня, а також розширених відморожень I–II ступеня хворих слід направляти на стаціонарне лікування.

При відмороженнях I ступеня в амбулаторних умовах уражені ділянки шкіри обробляють спиртом та накладають асептичну пов'язку. В наступні дні призначають фізіотерапевтичне лікування, загальнозміцнювальні препарати. У хворих з II ступенем відмороження, пухирі обробляють етиловим спиртом 70% , у стерильних умовах видаляють пухирі, на поверхню рани накладають пов'язку з антисептиком. Для кращого загоєння ран доцільно призначати фізіотерапевтичні процедури, полівітамінні комплекси з мінералами.

У разі виникнення гнійних ускладнень хворого слід лікувати в умовах стаціонару.

Тривала дія низької температури на людину може призвести до патологічної гіпотермії з порушенням функції життєво важливих органів – замерзання. Цьому передують голодування, перевтома, алкогольне сп'яніння та інші несприятливі фактори. Розрізняють три стадії замерзання: адинамічну (температура тіла 30–32°С), ступорозну (температура тіла 20–30°С) та судомну (температура тіла нижче 20–30°С). При зниженні температури тіла нижче 25–22°С спостерігається різко виражене порушення серцевої діяльності, врятувати хворого практично неможливо. Перша допомога полягає у зігріванні хворого в умовах теплого приміщення. Його роздягають та розтирають тіло 70% етиловим спиртом, дають чай або каву, якщо збережений ковтальний рефлекс. Після надання першої допомоги хворого перевозять до спеціалізованого стаціонару.

Усім хворим з відмороженнями обов'язково проводиться профілактика правця за загальноприйнятою схемою.

Рани



Однією з центральних проблем хірургії є рани, тобто порушення цілісності покривних тканин. Амбруаз Паре – засновник наукового вчення про рани. У давні часи рану заливали кип'яченою олією. Коли її не вистачало, додавали бальзам і це поліпшувало загоєння ран. Після того, як було створено антисептику, почали здійснювати первинну хірургічну обробку ран (1890 р.).

Для клінічної картини ран характерно:

1. Больовий синдром, він виражений, якщо вражена ділянка збагачена рецепторами.

2. Зяяння – розходження шкіри, м'язів. Це залежить від виду зброї.

3. Кровотеча.

І. За видом зброї рани поділяються на:

Колоті – нанесені вузьким предметом, наприклад голкою. Зона пошкодження невелика, але при цьому можуть бути уражені внутрішні органи, судини, з'являються умови для розвитку анаеробного інфікування.

Різані. Краї рани розходяться, виникають зяяння, кровотечі. Ці рани завдають гострими предметами – ножем, лезом. Тканини при цьому не дуже травмовані, добре загоюються.

Рубані – завдають сокирою, шаблею. Характерне пошкодження глибоких тканин, судин, сухожиль.

Забійні – завдаються тупим предметом. Краї забійні, є стиснення, порушення кровоносних судин.

Рвані – виникають від травм. Пошкоджуються судини та нерви, утворюються порожнини (кишені), заповнені кров'ю, які згодом нагноюються.

Розчавлені рани. Для них характерні пошкодження внутрішніх органів.

Укушенні. Зазвичай, супроводжуються нагноєнням. Зашивати їх не рекомендується.

Отруєні та вогнепальні рани.

ІІ. за причиною виникнення: 1. цілеспрямовані (хірургічні операції), 2. випадкові.

ІІІ. Стосовно порожнин: проникні (пошкодження оболонки плеври, очеревини, внутрішніх органів); непроникні – пошкоджується тільки шкіра, підшкірна клітковина та м'язи.

Рани мають ускладнення: ранні та пізні.
Ранні: 1. Шок.
2. Кровотеча.
3. Гостра анемія.
Пізні: 1. Нагноєння.
2. Вторинні кровотечі.
3. Сепсис.
4. Анаеробне інфікування – газова гангрена.

Важливим є догоспітальний етап лікування ран. Особливо небезпечне пошкодження судин. Якщо судини невеликі, то достатньо накласти стискувальну пов'язку, підняти кінцівку догори, притиснути місце кровотечі пальцем.

Якщо ж пошкоджені магістральні судини, обов'язково слід накласти джгут і негайно госпіталізувати хворого до стаціонару, найкраще до відділення судинної хірургії. Після остаточної зупинки кровотечі судини перев'язують у рані або вище від місця пошкодження по ходу судини, проводять протезування.

Первинну хірургічну обробку рани слід здійснювати в перші 6–12 годин. Проводять розтини на всю глибину по поздовжній осі, видаляють чужорідні тіла. Виконавши розтин у межах анатомічної дозволеності, забійну рану перетворюють на різану, промивають антисептиком, накладають первинні шви.

Отже, лікування рани починають з хірургічної обробки, аби запобігти нагноєнню. Надзвичайно важливим для успішного загоєння рани є допомога на догоспітальному етапі, методи тимчасової та остаточної зупинки кровотечі, про які повинні знати як фахівці, так і всі громадяни.

Особливости хірургічного лікування гнійних ран

1. Очищення гнійної рани – розкриття гнійного каналу широким доступом. Гнійні порожнини, затьоки, кишені необхідно ретельно санувати. Вихід з гнійного вогнища повинен бути:
– найбільш короткий;
– найбільш широкий;
– зручний фізіологічно.
2. Дренування рани.
3. Застосування сорбентів.
4. Медикаментозне лікування.
5. Фізіотерпевтичне лікування.

Кровотечі та методи їх зупинки

Кровотечі – це вихід крові з судин при порушенні їхньої цілісності або проникності. Вони поділяються:

За походженням на: 1. Травматичні (внаслідок травми або операції).

2. Нетравматичні: при новоутвореннях, променевій хворобі, защемленні кишки у грижі тощо.

За механізмом виникнення:

1. Від розриву судини;

2. При пошкодженнях стінки судини – частіше при нагноєннях;

3. Ерозивні – при дії на судини ззовні – роз'їдання судин;

4. Від просочування.

За видом судини, що призводить до кровотечі:

1. Артеріальні кровотечі – найбільш небезпечні. Виникають як в результаті травми, так і врезультаті захворювання (аневризма, позаматкова вагітність).

2. Артеріо-венозні найчастіше – з паренхіматозних органів (печінка, нирки). 20% складає артеріальна, 80% – венозна крововтрата.

3. Венозні – при пошкодженні судин – вен. Виникають також як в результаті травми, так і в результаті захворювання – при цирозі печінки. Найчастішим є кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу.

4. Капілярні – вони не є інтенсивними, проте також можуть призвести до летальних випадків, особливо, якщо кровотеча довготривала. Так, наприклад, небезпечним для життя є кровотеча з печінки, селезінки, тому що діагностика є ускладненою.

За місцем виникненя:

1. Зовнішні – їх сразу видно.

2. Внутрішні – складні для діагностики, небезпечні.

Характер кровотечі можна встановити за кольором:

артеріальна – яскраво-червона;

венозна – бордова, багряна, кров густа;

змішана – вишневий колір.

Внутрішні кровотечі:

в порожнину суглобів; у перикард; у порожнину черепа; у плевральну порожнину – гемоторакс; з пухлини; з порожнинного органа.

При гемотораксі слід звернути увагу на артеріальний тиск, пульс, перкуторне дослідження – відсутній перкуторний звук.

При внутрічеревних кровотечах важливе місце займає лапароцентез, який дає можливість виявити кровотечу, в тому числі прикриту. Так, у малій мисці можуть виникати кровотечі з крижово-куприкових вен, які призводять до утворення у ній гематом, а затим абсцесів.

При пошкодженнях нирок та сечовивідних шляхів виникає гематурія – поява крові у сечі. Вона спостерігається також при сечокам'яній хворобі, при пухлинах.

При травмах органів гепато-біліарної зони виникає гемобілія. При крововиливах у суглоб виникає гемартроз. При гемартрозі та гемотораксі обов'язковою є пункція.

За терміном виникнення:

1. Первинні. 2. Вторинні.

Первинні – вперше виникають на місці травми або патологічного вогнища.

Вторинні – поділяють на ранні, пізні, повторні.

Важкість крововтрати залежить від інтенсивності – кількості крові, яка витікає з однієї судини і її тривалості.

Ступінь крововтрати (з розрахунку на 70 кг ваги): 1 – легкий. Втрата до 20% – 1000 мл крові, переливати кров не потрібно. Втрата до 500 мл крові минає без наслідків. II – середній. Втрата 1000–1500 мл (20–30%). Шкіра бліда, АТ – 90/50 мм рт. ст. Хворий загальмований. Зниження тиску небезпечне тим, що настає олігурія (III ступінь). Втрата 1,5–2,5 л (30–50%) крові. Пацієнт може знепритомніти: блідий, виникає акроціаноз. Можлива зупинка серця, тому що камери серця порожні. Основні ознаки важкої крововтрати:

Шкіра та слизові бліді.

Виражений ціаноз.

Частий пульс, тахікардія.

Зниження артеріального тиску.

Вегето-судинна реакція, холодний піт.

Олігурія та агурія внаслідок зниження тиску та порушення фільтрації у ниркових судинах.

Є два методи зупинки кровотечі: тимчасовий та остаточний.

Тимчасовий здійснюють на місці травми. Можна застосувати: стискувальну пов'язку; джгут; максимально зігнути кінцівку; накласти затискувач на кровоточиву судину, але це робити вкрай обережно, щоб не пошкодити нерви.

Дуже часто доводиться на догоспітальному етапі застосовувати знеболювальні засоби та транспортну імобілізацію. Остаточну зупинку кровотечі виконують у лікувальних закладах:

1) накладанням лігатур — перев'язкою судини; 2) накладанням судинного шва; 3) артеріовенозною пластикою; 4) протезуванням судин; 5) діатермокоагуляцією; 5) накладанням швів на поранений міокард (при травмах серця).

Своєчасне виявлення кровотечі, надання допомоги на місці травми та кваліфікована лікарська допомога, бажано в центрі хірургії судин, врятує пацієнтові здоров'я та життя.

Правець

Правець – гостре інфекційне захворювання із групи клостридіозів. Воно виникає, коли до організму потрапляють спори правцевої палички через пошкоджену шкіру та слизові (подряпини, потертості, уколи гострими предметами, укуси тварин, опіки, відмороження при створенні анаеробних умов). Інкубаційний період великою мірою залежить від загального стану організму (перевтома, переохолодження), розміщення травми, а також від проведених профілактичних заходів. Правцева паличка нестійка у навколишньому середовищі, але вона здатна перетворюватися у стійку форму (спору) і роками зберігатися у ґрунті, гної. У кишківнику тварин збудник правця перебуває майже постійно і потрапляє з виділеннями у ґрунт, на траву, кущі, різні предмети. Тривалість інкубаційного періоду від 10 до 30 днів.

Існує чотири клінічних форми правця: блискавична, гостра, підгостра та хронічна. При блискавичній формі від перших проявів до розвитку певної клінічної картини захворювання минає менше 24 годин. З'являється ригідність м'язів, починаються судоми, задуха, ознаки ураження довгастого та спинного мозку, важкі порушення серцево-судинної та дихальної системи. Здебільшого захворювання закінчується летально протягом 2–3 діб. Під час гострої форми основні ознаки захворювання у повному обсязі проявляються протягом 48–72 годин. У хворих виражений судомний синдром, загальний стан залишається важким упродовж 8–15 днів. Одужання настає у 25–29% випадків.

Характерні симптоми підгострої форми захворювання (судоми, ригідність м'язів) наростають поступово, захворювання триває 1–2 місяці, одужання настає у 95–97% випадків. Хронічна форма характеризується тривалим інкубаційним періодом та повільним наростанням основних симптомів правця. Захворювання найчастіше закінчується одужанням.

Основні ознаки правця – поєднання тонічних та клонічних судом. Продромальні симптоми (головний біль, кволість, розбитість, пітливість, безсоння) найчастіше залишаються непоміченими. Інколи правець починається спазмом дихальних м'язів, кашлем, сльозотечею. Дехто скаржиться на печію в ділянці рани, відчуття стиснення та напруження в сусідніх тканинах. Це місцеве напруження м'язів поступово переходить у загальне і проявляється тризмом жувальних м'язів та напруженням м'язів черевної стінки (у 90,6% хворих). Тризм жувальних м'язів нерідко є одним із перших клінічних проявів правця: хворому раптово стає важко відкривати рот, спазм наростає. Потім з'являються спазм та напруження мімічних м'язів, що надає обличчю вигляду сардонічної посмішки (у 89% хворих). Зміна тонусу мімічних м'язів може проявлятися раніше, ніж тризм, і належить до ранніх проявів захворювання. Згодом у хворого поступово наростає ригідність потиличних м'язів, а також спазм м'язів голосової щілини та діафрагми, що значно утруднює дихання.

Спазм м'язів грудної клітки та діафрагми спричиняє застійні явища у легенях, порушення вентиляції та розвиток пневмонійних вогнищ. У хворих розвивається важка легенево-серцева недостатність, гіпоксія міокарда. До ранніх ускладнень правця належить також розрив м'язів внаслідок тонічних та клонічних судом. Можуть виникати переломи кісток, кровотечі, порушення шлунково-кишкового тракту та сечових органів.

Інколи розвиваються рідкісні форми правця, які можуть виникати через порушення правил асептики та антисептики. Клініка звичайна, перебіг – важкий, летальність – 73–80%. Післяопераційний правець може виникнути внаслідок спалаху дрімаючої інфекції, котра зберігається довгі роки (видалення сторонніх тіл, висічення рубців). Інколи правець виникає після кримінальних абортів, пологів, у немовлят після ін'єкції.

Лікують хворих на правець у спеціально відведених палатах при реанімаційних відділеннях або спеціалізованих центрах. Річ у тім, що в таких хворих судоми легко провокуються різними зовнішніми подразниками (гучна розмова, яскраве світло, шум). Тому вони мають перебувати в ізольованих палатах, де шкідливий вплив зовнішніх подразників мінімальний. Обов'язковою є ретельна первинна хірургічна обробка рани з широким розкриттям усіх кишень, висіченням нежиттєздатних тканин, видалення сторонніх тіл із застосуванням антисептичних засобів (перекис водню, хлоргексидин, диоксидин, етоній тощо). У разі великих пошкоджень необхідна іммобілізація кінцівки,

дренування ран. Гнійні ускладнення негативно впливають на перебіг захворювання, тому доцільне використання антибактеріальних препаратів системно та місцево, а також високоактивних антисептичних розчинів (хлорфіліпт, водний розчин етонію, борної кислоти). Необхідні догляд, дотримання особистої гігієни, чотириразове харчування.

Серотерапія правця ґрунтується на численних клінічних та експериментальних спостереженнях. Установлено, що при збільшенні кількості введеної антиправцевої сироватки у межах до 100000 АО летальність значно знижується.

Перенесене захворювання не створює імунітету, тому можливі захворювання або рецидиви в разі активізації дрімаючої інфекції. Усім хворим на правець, крім сироватки, вводять правцевий анатоксин з наступною ревакцинацією: по 0,5 мл через 6 місяців до 2 років.

Хірург, який працює в поліклініці, травматологічному пункті, повинен добре засвоїти методи екстреної профілактики правця, яка передбачає первинну хірургічну обробку травмованих тканин та створює імунологічний захист організму за допомогою правцевого анатоксину або одночасного введення правцевого анатоксину та протиправцевої сироватки.

Екстрена профілактика правця показана в таких випадках: 1) травма з порушенням цілісності шкіри та слизових; 2) відмороження та опіки 2, 3, 4 ступеня; 3) позалікарняні аборти; 4) пологи поза медичним закладом; 5) гангрена або некроз тканин будь-якого типу, абсцеси; 6) укуси тварин; 7) проникні поранення травного каналу.

Показання та правила введення анатоксину регламентує інструкція, затверджена Міністерством охорони здоров'я. Ознайомитись з нею варто в плані самоосвіти та санітарної освіти серед населення. З профілактичною метою вводять лише 0,5 мл правцевого анатоксину.

Анатоксин уводять:

1) Потерпілим, які мають документальне підтвердження, що вони раніше одержали три ін'єкції правцевого анатоксину, але останнє щеплення було понад 10 років тому.

2) Потерпілим, які мають документальне підтвердження, що одержали дві ін'єкції правцевого анатоксину упродовж останніх п'яти років.

3) Потерпілим, які мають документальне підтвердження, що одержали тільки одне щеплення протягом останніх двох років.

4) Дітям та підліткам, які не мають протипоказань до щеплень та не мають документального підтвердження про щеплення.

Для екстреної профілактики також застосовують протиправцевий людський імуноглобулін та протиправцеву сироватку.

Бешиха

Одним із найважливіших питань гнійно-септичної хірургії є бешиха — гостре інфекційне запалення шкіри. Основною його причиною є стрептокок, який через зниження імунної опірності організму та наявності мікротравм призводить до гострого захворювання. Найчастіше бешиха характеризується різким підвищенням температури тіла до 38°С і вище, вираженою інтоксикацією, гіперемією шкіри, яким передує біль та свербіння. Для бешихи характерні так звані "язички" — нерівномірне червоне забарвлення у вигляді зубців.

Дуже часто бешиха виникає на фоні варикозної хвороби, лімфостазу, цукрового діабету, що призводить до порушення кровообігу. Найчастіше бешиха розміщується на нижніх кінцівках, проте трапляється і на обличчі, руках. Мені кілька разів доводилося спостерігати бешиху передньої черевної стінки на фоні варикозно розширених вен у хворих на цироз печінки.

Залежно від клінічних проявів, розрізняють еритематозну, бульозну та виразково-некротичну форми.

Лікування бешихи повинно бути комплексним та своєчасним.

Основним компонентом є антибіотикотерапія із застосуванням препаратів широкого спектра дії (цефалоспоринів, фторхінолонів). Термін застосування антибіотиків лікар визначає індивідуально (в середньому 5—7 днів). Другою важливою складовою у лікуванні я б визначила ультрафіолетове опромінення, яке призначають також протягом 5—7 днів. Воно має бактерицидну та зігріваючу дії на стрептокок. Третій важливий напрям — це десенсибілізуючий, який дасть змогу позбутися хворобливої дії продуктів розпаду мікроорганізмів, токсинів. Місцево доцільно застосовувати стрептоцидову мазь у вигляді аплікацій та компресів.

Існує суперечка між терапевтами та хірургами про те, хто з них має лікувати бешиху. Дуже часто виникає ситуація, коли пацієнт викликає додому дільничного чи сімейного лікаря; основна мета фахівця — призначити лікування якомога швидше і в повній схемі, а надто ускладнених форм бешихи, коли поряд із загальними проявами захворювання з'являються виразки. У випадку важких форм бешихи, що супроводжуються вираженою інтоксикацією, високою температурою не завадить стаціонарне лікування.

Щоб запобігти рецидивам бешихи, доцільно зробити імунограму, а після ретельного аналізу призначити імуномодулятори, поєд-

навши їх з препаратами, котрі коригують основні захворювання. Так можна захистити хворого від повторення недуги.

Досить делікатним та дискусійним є питання про роль народної медицини в лікуванні бешихи. Інколи доводиться чути від хворих, що лікар посилав їх до знахарки, аби "спалити" бешиху. Зазначу, що в цьому народному методі є доволі цінне наукове підґрунтя, яке забезпечує бактерицидну та теплову дії.

Від легких форм бешихи ці засоби можуть допомогти, проте у разі важких рецидивних форм, які виникають на тлі хронічних недуг, доцільніше вдаватися до повнішої схеми лікування.

Для запобігання бешихи слід, насамперед, підвищувати імунну опірність організму, берегтися мікротравм, лікувати хронічні хвороби, які зумовлюють появу цієї недуги. Корисні всі методики, що дають позитивний лікувальний ефект.

Еризипелоїд

Еризипелоїд – бешиха свиней, повзуча еритема – інфекційне захворювання із групи зоонозів. Найчастіше трапляється в осіб, які обробляють м'ясо або рибу. Захворювання передається контактним шляхом через пошкоджену шкіру, мікротравми від контактів із сирим м'ясом тварин або рибою. Інкубаційний період триває 2–3 дні. На шкірі пальців з'являетья гіперемія, свербіж, печія. Захворювання згодом може поширитися і на інші ділянки шкіри. Характерним є ураження суглобів, що розташовані поруч. Еризипелоїдні артрити супроводжуються болем, субфебрильною температурою.

Розрізняють шкірну та шкірно-суглобову форму еризипелоїда. Переважають місцеві прояви. Загальні зміни, інтоксікація, висока температура, зазвичай, відсутні, що є важливою диференцільною ознакою, що відрізняє еризипелоїд від бешихи. Від панарицію еризипелоїд відрізняється незначними проявами локального запалення, відсутністю інтенсивного болю. Ускладнення у вигляді міокардиту, лімфангіїту, лімфаденіту бувають рідко.

Лікування місцеве та загальне. Системно призначають антибіотики широкого спектра дії, ультрафіолетове опромінення, мазь етонію, стрептоцидову, гентаміцинову.

Проте основною є профілактика. Потрібно суворо дотримуватися санітарних норм на риболовецьких суднах, м'ясокомбінатах, захищати руки від мікротравм та інфікування. Обережним треба бути і в побуті – на кухні, на риболовлі.

Фурункул

Фурункул – гостре гиійно-некротичне запалення волосяного фолікулата прилеглих тканин, **зумовлене вторгненням патологічної гнійної мікрофлори (стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, інші)**, найчастіше вражаються ділянки шкіри, що містять велику кількість сальнах залоз: шия, спина, обличчя. **Виникненню фурункульозу сприяє інфікування шкіри**, незадовільні побутові умови, порушення вуглеводного та жирового обміну, нераціональне харчування, інші фактори. Захворюваняя починається появою невеликого болючого вузлика округлої форми, навколо якою пальпується щільний інфільтрат, шкіра над цим інфільтратом гіперемована. Через деякий час в центрі вузлика в результаті відшарування епідерміса утворюється жовта точка. Волосяний мішечок та сальна залоза розплавляються, некротизуються і утворюють стержень, після відторгнення якого утворюється кратероподібна рана, завчасна спроба видалити стержень видавлюванням може скінчитися генералізацією гнійної інфекції, особливо це небезпечно в разі локалізації фурункула, розміщеного в ділянці верхньої губи, носа, носогубної складки. При такій локалізації інфекція може проникати у внутрічерепні венозні синуси, що є небезпечним для життя хворого. Фурункул може ускладнюватися тромбофлебітом, що значно ускладняє клінічний первебіг захворювання. При ускладненому фурункулі, а особливо з локалізацією на обличчі, хворий підлягає госпіталізації.

При неускладненому фурункулі хворі скаржаться на незначний біль в ділянці гнійного вогнища, порушення загального стану: занедужання, високу температуру тіла. Ознаки інтоксикації виражені мало.

Лікування в стадії інфільтрації полягає в обробці шкіри антисептиком, зокрема 70% етиловим спиртам. Доцільним с застосування фізіотерапевтичних процедур: УВЧ, УФО. Системне застосування антибіотиків широкого спектра дії також доцільне, особливо якщо це рецидивний фурункульоз. Своєчасно призначене комплексне консервативне лікування, що включає антибіотикотерапію, фізіотерапевтичні процедури, туалет шкіри антисептиками сприяє затиханню запального процесу. Не слід застосовувати для лікування фурункула зігріваючи мазеві компреси, що створюють сприятливі умови для поширення гнійної інфекції. Після обробки спиртом шкіру заклеюють бактерицидним пластирем. При абсцедуванні – поширенні процесу на прилеглі тканини або самочинному розкритті фурункула рекомендоване оперативне втручання з некроектомією, санацією гнійника та обов'язко-

вим дренуванням. Перевязки доцільно проводити 2 рази на добу, до лікування додати фізіотерапевтичні процедури, антибіотикотерапію, полівітаміни з мікроелементами.

У деяких хворих можуть мати місце численні прояви фурункулів (фурункульоз). Основними причинами цього є: цукровий діабет, гіповітаминоз, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, виснаження. Найчастіше фурункульоз спостерігається у підлітків та юнаків. В таких випадках крім місцевого лікування доцільним є загальний вплив на організм, направлений на корекцію обмінних порушень. Нерідко виникає необхідність у госпіталізації хворого з метою всебічного обстеження та проведення комплексного лікування. При важких формах призначають аутогемотерапію, введення стафілококового анатоксину та антистафілококового гамаглобуліну. Отже, профілактикою фурункульозу є дотримання правил особистої гігієни, раціонального режиму харчування, відпочинку та праці.

Карбункул

Карбункул – гостре гнійно-некротичне запалення кількох волосяних мішечків та сальних залоз шкіри з переходом запального процесу в підшкірну основу. Це одна з найважчих небезпечних хвороб шкіри та підшкірної клітковини. Карбункул може виникнути як ускладнення після неправильного лікування, якщо гнійні мікроби потрапляють у шкіру через пори. Збудником гнійної інфекції найчастіше буває стафілокок, за теперішніх умов – частіше з кишковою паличкою, протеєм, іншими видами мікрофлори. Навколо гнійного вогнища трапляється множинний тромбоз судин шкіри та підшкірної клітковини з гнійним запаленням.

Захворюванню передують забруднення шкіри, виснаження, порушення обмінних процесів, зокрема цукровий діабет. Карбункул виникає переважно на задній поверхні шиї, обличчі, спині, сідничній ділянці. Спершу – це запальний інфільтрат, який поступово збільшується, стає болючим та набуває багряно-червоного забарвлення. На поверхні обширного інфільтрату виникають численні гнійні вогнища різної форми та величини. Шкіра навколо карбункула гіперемована, тканини – набряклі. Множинні гнійні вогнища розкриваються і з них виділяється гній. В результаті некрозу тканин в шкірі утворюється дефект значних розмірів. Діагностика захворю-

вання не є важкою. Від фурункула карбункул відрізняється наявністю численних гнійних вогнищ у центрі інфільтрату, значним ураженням шкіри та вираженішим загальним клінічним перебігом.

Для диференціальної діагностики важливим є порівняння з карбункулом сибірки, який завжди лікують консервативно. Карбункул сибірки виникає у вигляді невеликого вузлика з геморагічною пустулою, свербінням, значним набряком прилеглих тканин. Пустула розкривається і рана через добу вкривається струпом темного кольору. Характерною особливістю карбункула сибірки є відсутність болю та нагноєння на початкових фазах розвитку. У разі підозри на карбункул сибірки необхідне бактеріологічне дослідження рідини з пустули на предмет виділення паличок сибірки. А також з'ясувати, чи не мав хворий контакту з тваринами.

При карбункулі найчастіше превалюють загальні явища інтоксикації: лихоманка, головний біль, висока температура тіла, блювота, тахікардія, нерідко захворювання переходить у важкий септичній стан.

Карбункул може ускладнюватися тромбофлебітом, гнійним менінгітом, тромбозом венозного синуса, лімфангіітом тощо. Особливо важким та прогностично несприятливим є карбункул обличчя, що розміщується у ділянці верхньої губи, носо-губної складки. У цих випадках швидко наростають явища інтоксикації, може виникнути тромбоз венозного синуса та гнійний менінгіт. З огляду на важкість клінічного перебігу, хворих з карбункулом будь якої локалізаії необхідно госпіталізувати.

Лікування хворих на початковій стадії захворювання полягає у консервативних заходах: домашній режим, дієта, збагачена вітамінами, обмеження мучних та солодких виробів, застосування лікарських засобів. У цей період доцільно використовувати антибактеріальні препарати широкого спектра дії як перорально так і парентерально. Із сучасних препаратів заслуговують на увагу фторхінолони: офлоксацин, цифран, які слід призначати по 0,5 г двічі на добу після їди протягом 5–7 днів. При вираженій інтоксикації призначають внутрішньовенні інфузії неогемодезу, для підвищення захисних сил – стафілококовий анатоксин, антистафілококовий гамаглобулін, антистафілококову плазму. При цукровому діабеті слід постійно приділяти увагу корекції порушень вуглеводного обміну.

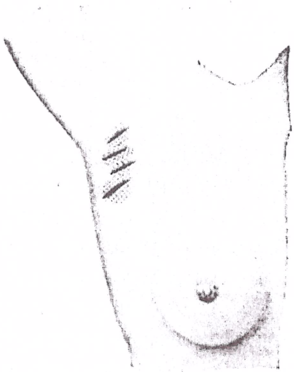
При наявності обширної зони некрозу та ознак наростаючої інтоксикації виникає необхідність в оперативному втручанні. Під наркозом проводять хрестоподібний або лінійний розтин через весь інфільтрат до життєздатних тканин, некротизовані тканини висіка-

ють. Рану ретельно промивають розчинами антисептиків та дренують із застосуванням гіпертонічного розчину натрію хлориду, протеолітичних ферментів, диоксидину, хлоргексидину тощо.

Надалі перев'язки проводять щоденно по 2–3 рази, застосовують фізіотерапевтичні методи лікування. Обов'язковим є звільнення хворого від роботи на період лікування.

Щоб запобігти карбункулам, необхідно передусім дотримуватись гігієни шкіри та одягу, уникати мікротравм, раціонально харчуватись та проходити диспансерне обстеження.

Гідраденіт



Гідраденіт – гнійне запалення потових залоз. Найчастіше розвивається в ділянці пахви, пахвини, де їх міститься багато.

Збудник захворювання найчастіше – золотистий або гемолітичний стафілакок – проникає в потові залози через вивідний проток або лімфогенним шляхом. До провокучих факторов належать інфікування, мікротравми, ендокринні порушення. При гідраденіті на відміну від фурункула некротичний стержень не утворюється, тому хірургічне втручання є обов'язковим на етапі абсцедування. Захворювання починається появою болючої ділянки округлої або овальної форми. Ущільнення збільшується, шкіра спаяна з інфільтратом, набуває багряно-черного забарвлення. Через деякий час інфільтрат стає мя'кшим, визначається симптом флюктуації, що свідчить про наявність гною, який і виділяється після розкриття. Спостерігаються ознаки загальної інтоксикації: підвищення температури тіла, слабкість, лихоманка.

Лікування: на стадії інфільтрування доцільні асептичні пов'язки, застосування антибіотиків та ферментів. Зігріваючі компреси недоцільні, так як вони можуть сприяти поширенню інфекції. Хорошу дію в стадії інфільтрації має ультрафіолетове опромінювання, УВЧ, електрофорез з антибіотиками та протеолітичними ферментами. Доцільним є також системне застосування антибіотиків широкого спектра дії. Перевагу мають фторхінолони, оскільки вони сприяють не тільки гальмуванню септичного процесу, але й підсилюють хемотаксис, що підвищує імунорезистентність організму.

При абсцедуванні оперативне лікування обов'язкове. Під місцевим знечуленням з введенням 10 мл 2% розчину лідокаїну роблять розтин, видаляють гнійний детрит та некротизовані тканини, рану дренують. Не дивлячись на великий арсенал антисептичних препаратів, досвід підказує, що в перші дні після операції доцільно дренувати рану із застосуванням 10% розчину натрію хлориду.

При численних вогнищах гідраденіту існує методика поєднання оперативного лікування з аутогемотерапією, рентгентерапією. При неускладненому перебігу період реабілітації – 1,5–2 тижні.

При генералізованих формах доцільна госпіталізація та комплексне інтенсівне лікування.

Профілактика гідраденіту полягає в дотриманні правил особистої гігієни, догляді за шкірою, лікуванні супутньої ендокринної патології.

Абсцес

Абсцес – обмежене піогенною мембраною скупчення гною в різних тканинах та органах. Збудником цієї форми гнійної інфекції найчастіше буває стафілокок у монокультурі або поєднання його з іншою мікрофлорою: стрептококом, кишковою паличкою, протеєм тощо. Шляхи проникнення та причини розвитку абсцесу численні: пошкодження шкіри – мікротравми, поширення інфекції від первинного вогнища (фурункул), нагноєння гематоми, введення у тканини концентрованих розчинів лікарських препаратів – 25% розчину магнію сульфату, лімфогенно.

Залежно від локалізації розрізняють поверхневі (підшкірні) та глибокі (в органах, тканинах, порожнинах) абцеси. Характерною їхньою особливістю є наявність піогенної мембрани, що відмежовує гнійну порожнину від сусідніх тканин.

Поверхневі абцеси мають класичні симптоми гострого запалення: гіперемія шкіри, припухлість, болі, місцеве підвищення температури тіла та порушення функції. Важливою ознакою поверхневого абсцесу є наявність флюктуації. Клінічні прояви глибоких абсцесів залежать від топографо-анатомічного розміщення ураженого органа, ступеня порушення його функції та інших специфічних особливостей. Загальна реакція організму при поверхневих та глибоких абцесах така ж, як і при гнійно-запальних процесах будь-якої локалізації. Особливо актуальною є проблема постін'єкційних абсцесів.

Класифікуються абцеси залежно від локалізації (поверхневий, глибокий) та причин виникнення: післяопераційний, посттравматичний, постін'єкційний.

Клінічний перебіг та діагностика абсцесу визначаються ступенем розвитку: інфільтрація, абсцедування, секвестрація. На стадії абсцедування при поверхневих абсцесах має місце флюктуація. При глибоких абсцесах цей симптом мало виражений або зовсім не визначається. Симптоматика абсцесу може змінюватися й залежно від наслідків гнійного вогнища. З поверхневих абсцесів після прориву гній витікає назовні. В інших випадках рідина з абсцесу витікає в закриту порожнину (черевну, плевральну) з наступним поширенням гнійної інфекції, що призводить до важких ускладнень (перитоніт, емпієма плеври). Інколи прорив абцесів відбувається у порожнинний орган, що має вихід назовні (сечовий міхур, пряма кишка). Всі ці варіанти випорожнення абсцесу на певних стадіях розвитку змінюють клінічну картину і хворі потребують невідкладної хірургічної допомоги – дренування плевральної порожнини, лапаротомії. Діагностика поверхневих гнояків не складна. При абсцесі легень, печінки, інших органів необхідне додаткове обстеження хворого із застосуванням рентгенографії, томографії, сканування.

Лікування невеликих поверхневихі асцесів доцільно проводити в амбулаторних умовах. Хворих із обширними поверхневими та глибокими нагноєннями слід направляти на стаціонарне лікування. На стадії запального інфільтрату застосовують консервативне лікування: антибіотикотерапія, місцеві напівспиртові компреси, фізіотерапевтичні процедури. За наявності симптому флюктуації оперативне лікування обов'язкове. Знеболення місцеве, а в разі обширних абсцесів – загальне. Спочатку абсцес пунктують, а потім найкоротшим доступом розсікають тканини (пошарово). Для раціонального дренування найкращим є підхід з боку нижнього полюса абсцеса. Вміст аспірують електровідсмоктувачем, розширяють та видаляють некротичні тканини, але обережно, щоб не пошкодити піогенну оболонку. Порожнину абцеса промивають розчином антисептика, дренують марлевими дренажами, перев'язують рану кожні 6–8 годин. У разі появи грануляцій застосовують мазеві пов'язки за принципом лікування гнійних ран.

Глибокі абсцеси (печінки, легень, мозку, а також піддіафрагмальні) лікують у стаціонарі.

Профілактика абсцесів полягає у своєчасному та повноцінному лікуванні мікротравм, раціональному лікуванні запальних захворю-

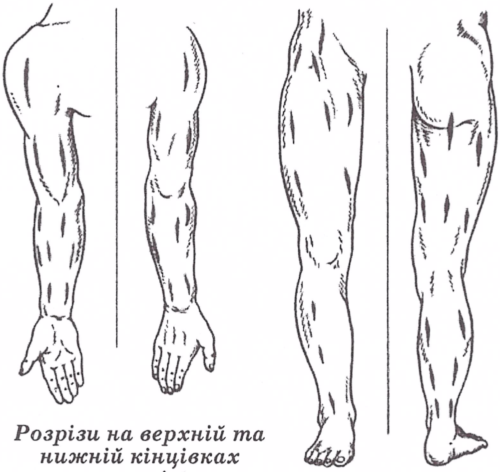
вань м'яких тканин та дотриманні правил асептики та антисептики під час виконання ін'єкцій.

Флегмона

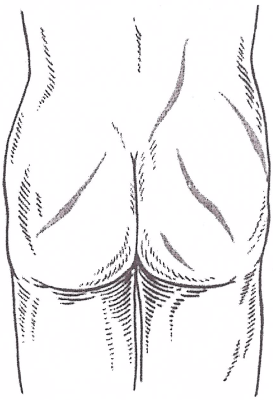
Флегмона— гостре поширене запалення клітковини. Збудником найчастіше виступає стафілокок в поєднанні з іншою патогенною мікрофлорою. Розрізняють поверхневі та глибокі флегмони. Поверхневі локалізуються над фасцією та апоневрозом, глибокі розвиваються під апоневрозом, у міжм'язевих просторах, де є пухка сполучнотканинна клітковина. На відміну від абсцесу, флегмона не має тенденції до відмежування. В окремих випадках флегмона може бути наслідком поширення гнійного процесу на підшкірну основу при лікуванні хворих з карбункулом, гідраденітом, абсцесом та іншими гнійними захворюваннями.

Діагностика поверхневих флегмон нескладна. Спочатку з'являється болючий невеликих розмірів інфільтрат, гіперемія шкіри, набряк навколо гнійного вогнища. Через деякий час інфільтрат збільшується (без чітких меж), розм'якшується, охоплюючи нові ділянки. Захворювання супроводжується високою температурою тіла, лихоманкою, погіршенням загального стану. При обстеженні крові відмічається високий лейкоцитоз, нейтрофільний зсув вліво. При локалізації флегмон в глибоких міжм'язових просторах (позаочеревинному, ділянці тазу) діагностика може бути ускладненою. В таких ситуаціях обов'язково слід враховувати можливе джерело інфікування та застосувати додаткові обстеження хворого: рентгенографію, ендоскопію, фістулографію та інши інструментальні методи. Флегмони нерідко ускладнюються лімфаденітом, лімфангіїтом, тромбофлебітом, гнійними затьоками по ходу сухожилок та апоневротичних утворень. Тому флегмони потребують ретельного стаціонарного лікування з метою попередження генералізації процесу та проведення адекватного оперативного втручання.

При наявності болючого інфільтрату без явищ флюктуації лікування полягає в призначенні антибіотиків широкого спектра дії, фізіотерапевтичних процедур. При наявності флюктуації показане хірургічне втручання. Операція проводиться під загальним знеболенням та полягає у розкритті флегмони, евакуації гною та дренуванні порожнини. Як і при операціях з приводу абсцесу, розріз слід проводити в ділянці нижнього полюса гнійника, що дає можливість повніше видалити серозно-гнійний вміст у післяопераційному періоді.



Розрізи на верхній та нижній кінцівках при розкритті флегмони



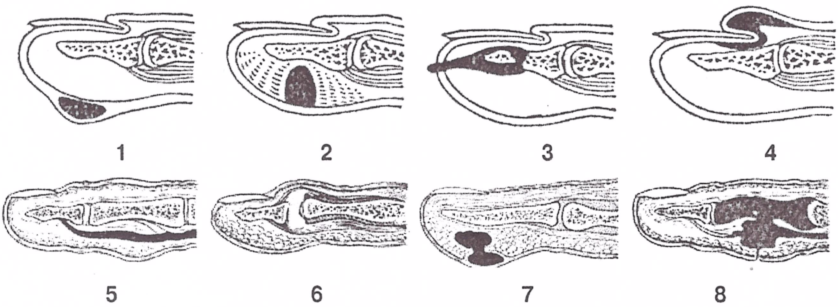
Розрізи на сідницях та в ділянці крижа при розкритті флегмони

Слід мати на увазі, що поширення гнійної інфекції при флегмоні відбувається не тільки вширину, але й вглибину. Цю особливість необхідно враховувати при дренуванні гнійної рани. Після операції порожнину, що утворилась на місці флегмони, дренують поліетиленовими трубками, марлевими серветками, змоченими розчинами антисептиків. Марлеві дренажі лише протягом короткого часу підтримують в рані необхідну концентрацію антисептика, в подальшому вони просочуються гнійно-серозним детритом та втрачають дренажну функцію. Тому марлеві дренажі необхідно використовувати протягом 6–8-ми годин, а потім заміняти на нові.

Хірургічне лікування флегмони проводять лише у стаціонарі.

Панарицій

Панарицій – гостре гнійне запалення тканин пальців. Це найчастіша форма гнійної інфекції. У 70–80% його збудником є стафілокок як у монокультурі, так і в різних поєднаннях із стрептокомом, кишковою паличкою, іншою мікрофлорою. Збудники інфекції проникають у тканини при мікротравмах. Негативно впливають переохолодження, порушення обміну речовин, хронічні захворювання та інші фактори. Розвиток гнійного процесу зумовлений топографоанатомічними особливостями руки. Мікротравми на тильній поверхні кисті гояться по-



Деякі форми панарицію:
1 – шкірний; 2 – підшкірний; 3 – кістковий; 4 – пароніхія;
5 – сухожилковий; 6 – суглобовий; 6 – за типом “запонки”; 6 – кістковий;

вільно через недостатню васкуляризацію та слабкий розвиток сосочкового шару шкіри. Шкіра долонної поверхні грубша, ніж тильна, тому гнійник не може самостійно розкритися, відтак гнійний процес заглиблюється, що зумовлює порушення кровообігу, некроз.

В практичної діяльності використовують класифікацію В.І. Стручкова (1984): 1) шкірний панарицій, 2) підшкірний, 3) сухожилковий (гнійний тендовагініт), 4) суглобовий, 5) кістковий, 6) пароніхія, 7) піднігтьовий панарицій, 8) пандактиліт.

За стадіями запального процесу розрізняють: 1) початкову (серозно-інфільтративну) стадію, 2) гнійну (гнійно-некротичну). Практично всі хворі за незначним винятком потребують амбулаторного лікування. Лише складні форми підлягають госпіталізації.

Основними клінічними проявами захворювання є виражений біль у ділянці гнійного процесу. Виникає набряк, гіперемія шкіри. Коли запалення переходить у стадію нагноєння, болі стають нестерпними. Хворі скаржаться на порушення сну. Існує таке правило поміж хірургів: панарицій оперують після першої безсонної ночі.

При **шкірному панариції** гній назбирується між сосочковим шаром та епідермісом, найчастіше уражається дистальна фаланга. Температура може досягати 38,5°С, з'являються ознаки інтоксикації. Запалення переходить на тильний бік кисті, а лімфангіїт поширюється на передпліччя та плече.

Диференціацію проводять із сибіркою. Значну увагу слід приділяти анамнезу, клінічному перебігу – мало виражена болючість та відсутність перифокального набряку дають змогу виключити сибірку.

Підшкірний панарицій – найпоширеніше гнійне захворювання. Найчастіше уражається долоня I–II–III пальців. Зазвичай хворі звертаються по допомогу тоді, коли всі домашні засоби (компреси, ванночки, мазеві пов'язки тощо) неефективні.

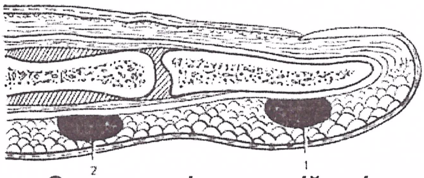


Схема розміщення гнійників при підшкірному панариції:
1 – на дистальній фаланзі;
2 – на середній фаланзі

Поширення інфекції при гнійному панариції іде різними шляхами: під шкірою, по ходу сполучнотканинних утворень на сухожилля, суглоби, по лімфатичних судинах. Тому неправильне і несвоєчасне лікування може спричинити тяжкі ускладнення. Підшкірна основа долоні не має підшкірної фасції, а пронизана фіброзними утвореннями у вертикальному напрямку від сосочкового шару до окістя, тому процес проникає вглибину, що викликає гострий нестерпний біль, що і є основним симптомом захворювання.

Сухожилковий панарицій (гнійний тендовагініт) буває первинним та вторинним. Первинний виникає внаслідок поранення кисті. Вторинний є ускладненням кісткового або суглобового. У перші дні в синовіальній піхві пальця з'являється серозна рідина, яка в разі прогресування захворювання перетворюється у гнійну. Захворювання починається гостро: сильний біль, підвищується температура тіла та інтоксикація. Набряк, який нерідко поширюється на тильну поверхню пальця. Активні та пасивні рухи в міжфалангових суглобах різко обмежені та болючі, палець у напівзігнутому положенні. При сухожилковому панариції II–III пальців гнійна інфекція може досягати міжфалангових суглобів, в окремих випадках може виникнути пандактиліт. Прорив гною через канали м'язів на тильну поверхню може скінчитися утворенням обширної флегмони. При гнійному ураженні сухожилка IV пальця гнійне виділення може інфікувати ліктьову долонну сумку та сухожилки м'язів V пальця. При сухожилковому панариції I пальця можуть виникати численні ускладнення, гній часом поширюється по піхві сухожилка довгого згинача великого пальця кисті у спільну синовіальну піхву згиначів, а також до V пальця.

Можливе також поширення інфекції у зворотному напрямку – від V пальця до I. За тривалого перебігу захворювання трапляється прорив гною в щілину Пирогова, що нерідко призводить до флегмони передпліччя. Такі хворі потребують невідкладних комплексних лікувальних заходів, оперативного втручання, внутрішньовенних

інфузій з метою детоксикації, антибіотикотерапії. Зволікання з операцією може призвести до знерухомлення пальця.

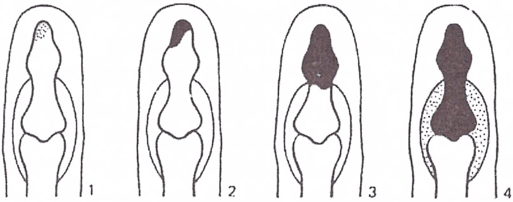
Суглобний панарицій – серозно-гнійне ураження міжфалангових та п'ястно-фалангових суглобів пальців. Розрізняють первинний, вторинний та метастатичний панарицій. Первинний панарицій виникає від безпосереднього проникнення інфекції у суглоб при травмі. Через певний час після поранення в суглобі утворюється серозний випіт, який може перетворитися на гнійну рідину. Подальший розвиток гнійної інфекції супроводжується виділенням з рани гною та дрібних хрящових секвестів. При руйнації суглобової поверхні відчувається крепітація, нерідко виникає патологічна рухливість. Якщо своєчасно не провести оперативне втручання, може настати повна деструкція суглобових поверхонь та патологічний вивих, що закінчується анкілозом та остеомієлітом фаланг.

Вторинний суглобовий панарицій здебільшого є наслідком гематогенного поширення інфекції на суглоб при інших формах цього захворювання. Він може виникнути також внаслідок грубих маніпуляцій або технічних помилок під час розкриття вогнища при поверхневих формах панарицію, коли міжфаланговий суглоб зазнає поранення та інфікування міжфалангового суглоба.

Метастатичний панарицій виникає украй рідко і є одним з проявів генералізації гострої гнійної інфекції в організмі.

Діагностика неважка. Хворі скаржаться на біль у міжфаланговому суглобі, погане самопочуття, підвищену температуру, лихоманку. Палець напівзігнутий, суглоб набуває веретеноподібної форми. Під час рухів біль посилюється, особливо від натискання по осі пальця. Обов'язковим є рентгенологічне обстеження, яке підтверджує діагноз.

Кістковий панарицій – найчастіше є проявом нераціонального лікування поверхневих форм цього захворювання. Лише в рідкісних випадках його спричиняє збудник гнійної інфекції, який потрапляє в кістку гематогенно. Вторинний кістковий панарицій найчастіше



Типи ураження кісткової тканини при кістковому панариції *(дистальна фаланга): 1 – остеопороз; 2 – крайова секвестрація; 3 – субтотальна секвестрація; 4 – тотальна секвестрація.*

розвивається внаслідок недостатнього розрізу та неналежного лікування підшкірного панарицію. При цьому гнійні виділення можуть бути незначними, проте дошкуляє пульсуючий біль, гіперемія, рухливість у міжфалангових з'єднаннях обмежена, болюча. Рентгенологічні зміни виникають дещо пізніше, тому необхідно брати до уваги клінічні зміни. Повторне оперативне втручання необхідне. Його виконують під загальним знеболенням, з розтином м'яких тканин, достатнім для огляду ураженої фаланги. При кістковому панариції деструкція кістки значно переважає над регенерацією. Найвираженіша деструкція спостерігається в ділянці дистальної фаланги.

Пароніхія виникає внаслідок інфікування колотих ран, тріщин шкіри в ділянці нігтьових валиків. Гнійне вогнище уражає товщу валика нігтя. Клінічний перебіг має дві форми: поверхневу – панарицій шкіри тильної поверхні дистальної фаланги, та глибоку – накопичення гною під навколонігтьовим валиком. Найчастіше при цій формі уражається кут переходу валика нігтя у навколонігтьовий. При наявності гною відчувається флюктуація. Подальше поширення гнійної інфекції призводить до виникнення піднігтьового панарицію. Відмова від оперативного лікування може зумовити хронічний перебіг.

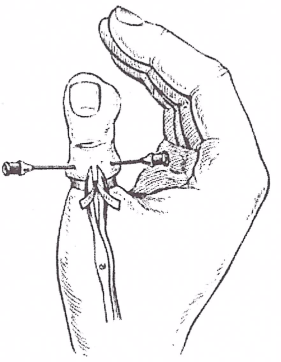
Піднігтьовий панарицій буває первинним та вторинним. Причиною, як зазначалося, є мікротравми. При первинній формі інфекція потрапляє під нігтьову пластинку під час травмування, а при вторинному – вогнище виникає внаслідок ускладнення пароніхію. Накопичений під нігтьовою пластинкою серозно-гнійний випіт зумовлює відшарування пластинки. Основним клінічним проявом є набряк, сильний біль, що посилюється від натискання на ніготь. Одним з частих ускладнень піднігтьового панарицію є лімфангіїт.

Пандактиліт – гнійне запалення всіх тканин пальця. Зазвичай є ускладненням кісткового, суглобового або сухожилкового панарицію. Палець збільшений в об'ємі, деформований, шкіра набуває багряно-ціанотичного відтінку, спостерігаються гнійні нориці. Після гнійного розплавлення зв'язкового апарату міжфалангових суглобів виникає патологічна рухливість та крепітація. Після появи нориць біль дещо зменшується, проте гнійно-некротичний процес продовжує прогресувати. Через пошкодження сухожилок-згиначів палець залишається нерухомим, біль постійний. Набряк поширюється на тильну поверхню кисті та передпліччя, нерідко виникає лімфангоїт та лімфаденіт. Здебільшого пандактиліт має перебіг гнійно-некротичного процесу з вологим некрозом, виражену інтоксікацію організму із загальним важким станом. Дані рентгенологічного дослід-

ження свідчать про наявність остеопорозу: звуження суглобових щілин та ураження кісток. Хворого на пандактиліт слід госпіталізувати до хірургічного стаціонару у зв'язку з можливими ускладненнями та необхідністю повторних оперативних втручань.

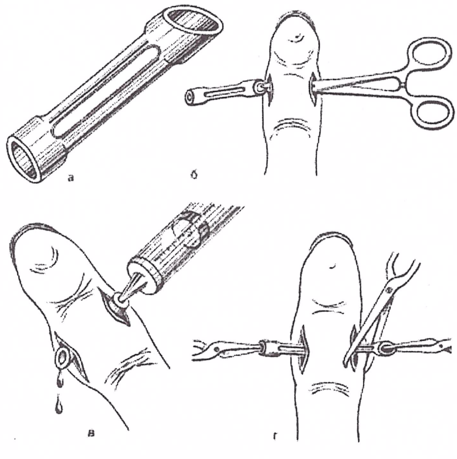
Лікування хворих з панарицієм принципово відмінне залежно від фази запального процесу. Прийнято вважати, що на стадії серозної інфільтрації рекомендоване комплексне консервативне лікування, у гнійно-нектротичній фазі – оперативне втручання. Доцільно застосовувати антибактеріальну терапію, протеолітичні ферменти, антисептики, фізіотерапевтичні заходи. Раціональне використання таких засобів у фазі серозної інфільтрації дає можливість запобігти розвитку гнійно-некротичного процесу. У таких випадках доцільно застосовувати розчини речовин, наприклад, гіпертонічний розчин натрію хлориду в комбінації з етиловим спиртом, етиловий спирт із 30% розчином димексиду, розчин етонію. Натомість мазі здебільшого призводять до нагноєння. Антибіотики слід призначати системно, як у вигляді таблеток, так і ін'єкційно. Доцільно застосовувати антибіотики місцево у вигляді електрофорезу, УВЧ, магнітотерапії.

Проте пацієнти часто звертаються до поліклініки вже з гнійно-некротичною фазою захворювання та потребують невідкладного оперативного втручання. Операцію проводять під провідниковою анестезією з попереднім накладанням тонкого джгутика на палець, аби запобігти кровотечі. (Джгутик накладають на межі переходу пальця на зап'ясток). Якщо гнійне вогнище локалізоване в ділянці основної фаланги з переходом на долоню, доцільне загальне знеболення. Під час операції широко розкривається гнійне вогнище, відсікаються нежиттєздатні тканини, рану дренують із застосуванням хлорвінілових трубок, гумових смужок. Цілком виправданим є застосування марлевих дренажів при рясному виділенні гною, проте не довше ніж на 6–8 годин. На рану накладають асептичну пов'язку та в деяких випадках гіпсову лонгету.



Провідникова анестезія за Оберстом-Лукашевичем

При шкірному панариції також розкривають гнійне вогнище та видаляють нежиттєздатний епідерміс. Шкіру тричі обробляють спиртом або 5% розчином йоду і гострокінечними ножицями розкривають

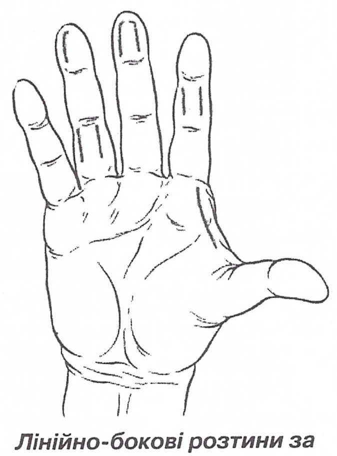


Гумовий віконечастий дренаж:
а – вигляд; б – введення у рановий канал; в – промивання рани через дренаж.

гнійник та за потреби проводять резекцію 1/3 нігтьової пластинки, перевіряють наявність кишень та затьоків, санують їх та дренують. Закінчують операцію накладанням пов'язки з асептичним розчином.

Перев'язки виконують щодня. Термін непрацездатності залежить від характеру роботи та в середньому становить 5–7 днів.

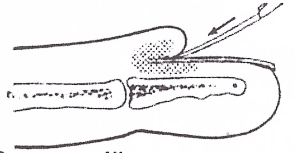
При підшкірному панариції показами до оперативного втручання також є гнійно-некротична фаза захворювання; залежно від локалізації гнійного процесу слід вибирати відповідний розтин. При ураженні дистальної фаланги доцільними є напівовальні та овальні розрізи, відступаючи на 2 мм від краю нігтя. Обов'язковою умовою напівовальних розтинів слід вважати місток шкіри між двома боковими розтинами. За допомогою цих розтинів завжди можна повністю видалити некротизовані тканини та оглянути рану. Місток із шкіри між двома напівовальними розтинами попереджає скорочення м'яких тканин та деформацію пальця. При локалізації гнійного вогнища в ділянці середньої третини дистальної фаланги показані однобічні або двобічні передньо-бокові розрізи. При наявності гнійного вогнища в ділянці середньої або основної фаланги застосовують долонно-бокові розтини. Підшкірний панарицій тильної поверхні фаланг розкривають тильно-бічними розрізами. Обов'язковим є адекватне дренування гнійної рани після операції.



Лінійно-бокові розтини за Кляппом в ділянці середньої та основної фаланги пальців. Одно- та двосторонній ключкоподібний розріз на нігтьових фалангах.

З цією метою застосовують віконечасті хлорвінілові трубки або гумові смужки. Перев'язки проводять щоденно із застосуванням протеолітичних ферментів, анитсептичних препаратів, фізіотерапевтичних методів лікування, системного вживання антибіотиків (перорально або внутрім'язево).

Хірургічне втручання з приводу одностороннього пароніхію проводять розтином шкіри та висіченням краю нігтьової пластинки. Рану дренують. Перев'язки щоденно. Середній термін непрацездатності 7–10 днів.



Розтин гнійного вогнища при пароніхії

При піднігтьовому панариції проводять резекцію нігтьової пластинки або повне її видалення. При недостатньому обсязі операції та неадекватному дренуванні виникає загроза хронічного панарицію.

Операції з приводу кісткового панарицію найчастіше бувають повторними і їх здійснюють у стаціонарних умовах під загальним знеболенням, у крайньому випадку – під провідниковою анестезією. З розрізу, що досягає кістки, видаляють некротизовані та нежиттєздатні тканини, вільні секвестри, грануляційну тканину. При крайовому остеомієліті фаланги гострою ложечкою видаляють уражену ділянку кістки, краї кісткової рани прикривають м'якими тканинами. Всі рухи хірурга та маніпуляції мають бути максимально щадливими. Операцію закінчують іммобілізацією. Перев'язки щоденні, системно призначають антибіотики. У випадках кістково-суглобового панарицію виконують артротомію, видаляють гнійний детрин, промивають порожнину антисептиком, рану дренують. Основною метою операції на кістково-суглобовому апараті є максимальне збереження функції пальців та кисті.

На початковій стадії суглобового панарицію можлива пункція суглоба, системні інфузії антибіотика, фізіотерапевтичні процедури, імобілізація пальця. Коли серозно-інфільтративна фаза переходить у гнійно-некротичну, виникають прямі показання до артротомії.

Після відповідної очистки та обробки шкіри під провідниковою або загальною анестезізю проводять Г-подібний розтин по тильно-боковій поверхні ураженого суглоба. Обережно розкривають капсулу суглоба в ділянці її максимального вип'ячування та оглядають порожнину суглоба. Надактуальним є щадливість та мінімальна травматизація зв'язкового апарату суглоба. Порожнину суглоба промивають розчном антисептика, видаляють грануляційну тканину та ділянки зміненої капсули. За наявності деструктивних змін суглобових поверхонь показана резекція суглобових кінців кісток. Проте ор-

ганозберігаюча операція в даній ситуації надзвичайно важлива. Резековані кінці кісток покриваються окістям та краї рани зближаються, накладають асептичну пов'язку. Операція закінчується іммобілізацією пальця або кисті залежно від обсягу оперативного втручання.

Після операції з приводу суглобового панарицію ускладнення спостерігаються більш, ніж у 20% оперованих: контрактури, анкілози, трофічні розлади. Реабілітація у післяопераційному періоді обов'язкова: ЛФК, ванночки з морською сіллю, масаж, електрофорез з лідазою, магнітотерапія, озокеритові аплікації.

Запальний процес при сухожилковому панарицію здебільшого має схильність до поширення. Тому на ранніх етапах проводять антибіотикотерапію, фізіотерапевтичне лікування, а при переході процесу в гнійно-некротичну фазу проводять оперативне втручання.

Операцію доцільно проводити під внутрішньовенним знеболенням. Застосовують передньо-бокові поздовжні розрізи на рівні ураженого сухожилка. Розтинають м'які тканини та відкривається доступ до сухожилка. При гнійному тендовагініті важливо визначити життєздатність сухожилка, від чого залежить подальша хірургічна тактика та результат лікування. При відсутності ознак гнійного розплавлення сухожилка хворому системно призначають антибіотики, проводять перевязки з антисептиками, іммобілізацію кисті, застосовують фізіотерапевтичне лікування. При наявності часткового гнійного розплавлення сухожилка показана тендоектомія. Під контролем ока висікаються на рівні здорової тканини уражені ділянки. Пальцю надають функціонально вигідне положення.

Функціональна активність після таких операцій значно знижена: виникають контрактури, анкілоз міжфалангових суглобів, інші ускладнення.

Лікування хворих з пандактилітом здійснюють лише в стаціонарних умовах. Основна мета операції – видалення нежиттєздатних тканин та забезпечення відтоку. Ускладнень, на превеликий жаль, уникнути складно, а в 14,5% доводиться частково або повністю ампутувати палець.

У післяопераційному періоді використовують лазерну терапію, магнітотерапію, яка поліпшує кровообіг, тим самим сприяючи грануляції.

Важливо, щоб пацієнти своєчасно зверталися до лікувального закладу, а фахівці кваліфіковано визначали фазу запального процесу та правильно вибирали тактику лікування та знеболення. Не слід забувати, що надмірна травматизація тканин під час оперативного

втручання впливає на віддалені результати. Важливу роль також відіграє іммобілізація пальця та кисті, а також застосування відновлювального лікування, використання залишкової працездатності.

Профілактика гострих гнійних захворювань пальців значною мірою залежить від умов праці та техніки безпеки на виробництві, від дотримання гігієни шкіри рук. Мікротравми на виробництві та в сільському господарстві часто виникають внаслідок порушення правил техніки безпеки, недостатнього освітлення робочих місць, виходу з ладу знарядь праці. Усунення цих недоліків, забезпечення робітників засобами індивідуального захисту сприятиме зниженню частоти мікротравм та пов'язаних з ними гнійних захворювань рук.

Сухість та тріщини шкіри також спричиняють виникнення гнійних процесів шкіри та підшкірної клітковини. Доцільно використовувати креми для рук або приготувати суміш такого складу: 100 г гліцерину, 50 г 3% розчину борного спирту, 5 г 10% розчину аміаку та 0,04 г фурациліну. Руки миють з милом у теплій воді та витирають рушником, потім наносять на руки 15–20 мл вказаної рідини, масажують пальці та кисті. Доцільно це робити на ніч.

Отже, більшість ускладнень панарицію зумовлені пізнім зверненням по медичну допомогу, непрофесійним самолікуванням, недостатньо радикальною операцією або надмірним ридикалізмом, нераціональною антибіотикотерапією.

А найважливіше – дотримуватись правил техніки безпеки на робочих місцях та правил гігієни шкіри рук.

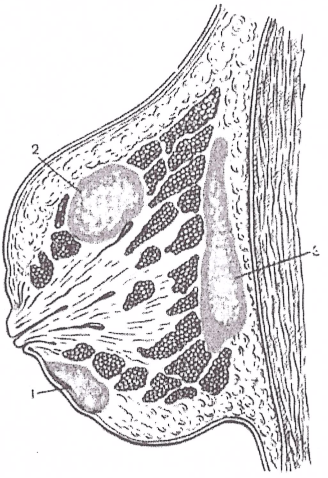
Мастит

Мастит – гостре запалення молочної залози, найчастіше зустрічається у жінок після пологів (післяпологовий мастит).Частота захворюваності на мастит досить висока – 3–6%.

В зв'язку з широким поширенням антибіотикорезистентних штамів стафілокока мастит може мати низку особливостей: утворювати численні дрібні абсцеси, вражати обидві залози, викликати важкі септичні стани. Шляхи проникнення інфекції – це саднини та тріщини соска з подальшим поширенням інфекції по молочних та лімфатичних протоках. Сприяють виникненню захворювання застійні явища в молочній залозі.

Залежно від локалізації патологічного вогнища розрізняють такі різновидності маститів: 1. Підшкірний. 2. Інтрамамарний (ураження

паренхіми молочної залози) 3. Субареолярний (локалізація запального процесу навколо пігментного поля) 4. Ретромамарний (запальний процес розвивається в клітковині позаду молочної залози). Така класифікація доцільна з точки зору вибору методики оперативного втручання, Прийнято виділяти гострий та хронічний мастит; залежно від фази перебігу запального процесу ділять на серозний (початкова фаза), гострий інфільтруючий, абсцедуючий, флегмонозний та гангренозний. Серед хронічних форм розрізняють гнійний та негнійний мастит. Хронічний гнійний мастит здебільшого є наслідком нераціонального лікування гострого маститу. Хронічний негнійний мастит зустрічається виключно рідко.



Локаліцація гнійників при маститі:
1 – субареолярний;
2 – інтрамамарний;
3 – ретромамарний.

В початковій фазі розвитку запального процесу (серозний мастит) тканина молочної залози просочена серозною рідиною. При прогресуванні захворювання серозний випіт змінюється на гнійну інфільтрацію тканини молочної залози з вогнищами гнійного розплавлення, яке в подальшому утворює абсцес. У запальний процес у подальшому залучаються судини, тромбоз яких закінчується утворенням некрозу та секвестрацією тканини молочної залози.

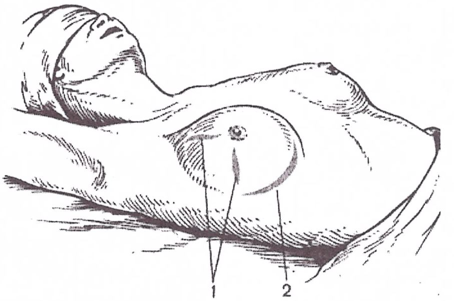
Клінічна картина залежить від стадії розвитку запального процесу. В діагностиці маститу можуть виникати деякі труднощі, що стосуются гострого застою молока та серозної фази маститу. Необхідно пам'ятати, що гострий застій молока у молочній залозі (нагрубіння) часто передує маститу та сприяє його виникненню. Деякі хірурги розглядають гострий застій молока, при якому суттєво підвищується температура тіла, як серозну фазу маститу. При гострому застої молока з'являється відчуття важкості та напруження в молочній залозі, полегшення приносить зціджування молока. Мастит найчастіше виникає протягом 1-го місяця після пологів та починається з лихоманки, підвищення температурі тіла до 38–40°С, появи сильного болю та напруження в молочній залозі, яка збільшена в розмірах, болюча при пальпації. Такий стан може тривати 2–3 дні та закінчитися одужанням; при цьому ознаки запалення (біль, гіперемія шкіри, набряк, підвищення температури тіла

поступово зменшуються. При подальшому розвиткові захворювання набряк молочної залози збільшується, пальпаторно визначається болючий інфільтрат без чітких меж. Стадія нагноєння характеризується гектичною температурою тіла, наростаючою лихоманкою, інтоксикацією. Стан хворої різко погіршується: з'являється слабкість, запаморочення, спрага. Зціджування молока майже неможливе через різкий біль. В крові відмічається високий лейкоцитоз, нейтрофільний зсув вліво, збільшення ШОЕ. При гангренозній формі маститу загальний стан значно погіршується: температура тіла досягає 40–41°С, відмічається тахікардія, швидко наростає інтоксикація. Уражена молочна залоза швидко збільшується, шкіра напружена, нерідко покрита пухирями, наповненими геморагічною рідиною. В крові відмічається високий лейкоцитоз, нейтрофільний зсув вліво, протеїнурія. В окремих випадках при пізньому зверненні хворої за медичною допомогою або при неадекватному лікуванні відбувається самочинне розкриття гнійника з утворенням тривало незагоєних гнійних або молочних нориць. При деструктивних формах маститу часто виникають численні ускладнення; лімфангіїт, лімфаденіт, тромбофлебіт, сепсис.

Лікування хворих з маститом в амбулаторних умовах можливе лише на початкових стадіях без виражених загальних змін в організмі. Всі інші хворі повинні направлятися на стаціонарне лікування. На початку захворювання необхідно створити спокій молочній залозі застосуванням іммобілізуючої пов'язки. Годування грудьми слід продовжити. При серозній інфільтративній стадії захворювання необхідним є зціджування молока, легкий поверхневий масаж та напівспиртовий зігріваючий компрес. Доцільним є бактеріологічне дослідження молока, з метою виявлення збудника та раціонального призначення антибіотикотерапії при можливому переході захворювання у гнійну стадію.

При переході серозно-інфільтративної фази запального процесу в гнійну показане оперативне втручання. Недопустимим є застосування пункційного методу та малих розрізів, які не відповідають сучасним вимогам лікування гнійних процесів та не дозволяють провести повноцінну ревізію гнійної порожнини з видаленням некротичних тканини та дренування рани. Оперативне втручання з приводу гнійного маститу слід виконувати під загальним знеболенням. При інтрамамарній локалізації гнійника доцільне застосування широких радіальних розрізів, що дозволяють обстежити пальпаторно стінки гнійної порожнини, усунути перемички, повністю видалити нежиттєздатні тканини та дренувати рану. Після видалення гною порожнину промивають 3% розчином перекису водню, можна використовувати інші антисептики, наприк-

лад, хлоргексидин, етоній. При наявності глибоких затьоків для раціонального дренування слід провести додатковий радіальний розтин. Дренування здійснюється поліетиленовими трубками, гумовими смужками, марлевими дренажами. Якщо під час ревізії виявлені кілька інтрамамарних гнояків, дренування кожного слід проводити через радіальні розрізи. Для розкриття ретромамарного гнійника доцільно застосовувати нижній напівовальний розтин поблизу перехідної складки шкіри. При обмежених інтрамамарних маститах та хронічному перебігу захворювання можливе висічення гнійного вогнища в межах здорових тканин з накладанням глухого шва. При цьому залишають мікроірігатори для евакуації серозно-гнійного виділення та введення антибіотиків. При субареолярному розміщенні гнійного вогнища найбільш оптимальним є розріз в ділянці пігментного поля. Після операції лікування проводиться в залежності від фази ранового процесу із застосуванням антисептичних засобів, антибіотиків, протеолітичних ферментів, фізіотерапевтичних методів лікування.



Розрізи при маститі:
1 – при інтрамамарному гнійнику – з контрапертурою;
2 – овальний під залозою – при ретромамарному гнійнику.

При деструктивних формах гострого гнійного маститу ефективним засобом лікування хворих залишається оперативне втручання в поєднанні з системним застосуванням антибіотиків широкого спектра дії та адекватним дренуванням, оскільки при неповному видаленні некротичних тканин під час операції та недостатньому дренуванні гнійника запальний процес продовжується та призводить до рецидиву захворювання.

Профілактика маститу полягає в санації вогнищ інфекції у вагітних, навчанні догляду за молочними залозами. Надзвичайно важливе значення в попередженні інфікування молочних залоз має суворе дотримання санітарно-гігієнічного режиму в пологових будинках, своєчасна ізоляція виявлених хворих в окремі палати, підвищення імунорезистентності у вагітних з використанням сучасних полівітамінних препаратів. Слід також своєчасно виявляти та санувати бактеріоносіїв. Проте якщо мастит все ж таки виник, слід зупинити його на серозній фазі, проводячи зціджування молока, масаж залози (тільки професій-

ний), накладання напівспиртових компресів, що дасть змогу запобігти подальшому розвиткові захворювання.

Лімфангіїт

Це запалення лімфатичних судин, що виникає як ускладнення гострої гнійної інфекції. Наявність лімфангіїту свідчить про подальше поширення гнійного зараження по лімфатичних судинах. Збудником захворювання найчастіше є стафілокок, а також стрептокок, кишкова паличка, протей та різні асоціації мікрофлори. За локалізацією розрізняють поверхневий та глибокий лімфангіїт, за фазою запального процесу – серозний і гнійний, за клінічним перебігом – гострий та хронічний, за видом ураження судин – капілярний (сітчастий) і стовбурний (трункулярний).

Із первинного вогнища збудник гнійної інфекції потрапляє до лімфатичних судин і з лімфою поширюється до регіональних лімфовузлів та до найбільших лімфатичних судин. У ділянці вторгнення інфекції у лімфатичних судинах виникає запальне вогнище, що характеризується набряком, гіперемією по ходу судин та лімфостазом. Від подальшого розвитку запального процесу виникає гнійний перилімфангіїт з поширенням інфекції на оточуючі тканини. У випадках поверхневого лімфангіїту на фоні набряку шкіри з'являються червоні смуги (стовбуровий лімфангіїт), помірно болючі під час пальпації. Хворі скаржаться на свербіж, напруження, печію на ураженій ділянці, біль. При сітчастій формі лімфангіїт проявляється численними тонкими смугами, що зливаються в густу сітку, майже завжди уражені регіональні лімфовузли. При глибокому лімфангіїті виникає набряк, тупий біль, підвищена температура тіла, з'являються лихоманка, рання поява лімфангіїту.

Наслідки захворювання залежать від успішного лікування первинного гнійного вогнища: у разі своєчасної операції, дренування, застосування антибіотиків та детоксикації організму ознаки лімфангіїту поступово зникають та настає одужання. Під час прогресування гнійно-запального процесу серозна фаза переходить у гнійну з утворенням кількох гнійників по ходу лімфатичних судин. Після розкриття гнійників лікування проводять з урахуванням фази ракового процесу.

Отже, лікування лімфангіїту слід починати з первинного гнійного вогнища – розтину флегмони, абсцесу, панарицію, ретельної обробки рани, призначення антибактеріальних препаратів. У деяких

випадках доцільно застосовувати детоксикуючі розчини, іммобілізувати уражену кінцівку.

Профілактика лімфангіїту полягає у своєчасному лікуванні інфікованих ран, розтині гнійних вогнищ.

Лімфаденіт

Лімфаденіт – запалення лімфовузлів, виникає як ускладнення різних гострих гнійних захворювань. Розрізняють гострий та хронічний лімфаденіт, специфічний та неспецифічний. З урахуванням фази запального процесу розрізняють серозну та гнійну форму лімфаденіту.

Первинним вогнищем при неспецифічному лімфаденіті найчастіше бувають інфіковані рани, флегмона, абсцес, інші гнійні захворювання. При гнійному лімфаденіті інколи в запальний процес вступає ї підшкірна клітковина, що призводить до утворення аденофлегмони, і потребує невідкладного оперативного втручання.

Хворі скаржаться на біль в ділянці уражених лімфовузлів, кволість. Захворювання може мати будь-яку локалізацію. При пальпації визначаєтсья один або кілька болючих лімфовузлів, інфільтрат не має чітких контурів, шкіра над вогнищем не змінена, частіше рухлива. При серозній формі явища інтоксикації виражені слабо. У випадках нагноєння лімфовузлів мають місце всі ознаки гострої гнійної інфекції: локальний біль, гіперемія шкіри, підвищення температури тіла, набряк. Якщо уражені поверхневі лімфовузли, діагностика не складна. При інфікуванні глибоких лімфовузлів необхідно проводитти діагностику з остеомієлітом та флегмоною. Слід також не забувати про можливість метастатичного ураження лімфовузлів злоякісною пухлиною, системними захворюваннями (лімфогранулематоз, лейкоз) та специфічний лімфаденіт (туберкульоз, сифіліс). Для встановлення остаточного діагнозу виникає необхідність в додатковому лабораторному та інструментальному обстеженні хворих та залученні суміжних фахівців (фтизіатрів, інфекціоністів, гематологів, онкологів).

Лікування лімфаденіту полягає в ліквідації первинного гнійного вогнища (оперативне втручання), антибіотикотерапії та заходів, направлених на локалізацію подальшого поширення гнійної інфекції. В серозній стадії захворювання призначають щадливий режим, фізіотерапевтичні процедури – УВЧ, УФО, антибактеріальні препа-

рати. При аденофлегмоні розкривають та дренують гнійник. Слід мати на увазі, що в ділянці уражених гнійним процесом лімфовузлів має місце густа сітка судинно-нервових утворень, нерідко з атиповим топографо-анатомічним розміщенням (пахова ділянка, шия). В таких випадках розтин тканин слід здійснювати з більшою обережністю, щоб не поранити судини та нерви. Крім оперативного втручання хворому можуть призначати інфузійну терапію.

При неспецифічному лімфаденіті прогноз сприятливий, одужання залежить від ефективності санації первинного вогнища. Лише в деяких випадках можуть спостерігатися лімфостаз та слоновість.

Профілактика полягає в дотриманні правил особистої гігієни, в імунізації організму.

В деяких випадках при ускладненні бешихи, лімфангіїті, лімфденіті та інших запальних процесах порушується лімфообіг, наростає лімфатичний набряк та фіброзні зміни у шкірі та підшкірній основі, що призводить до прогресивного потовщення кінцівки – слоновості. Наростаючий лімфостаз створює умови для рецидиву бешихи.

В амбулаторних умовах для зменшення розвитку набряку та профілактики рецидиву захворювання рекомендують еластичне бинтування, раціональний підбір взуття, фізіотерапевтичні процедури, діуретики, антикоагулянти. Не зайвим є консультація хворого у відділенні судинної хірургії, центрі мікрохірургії.

Для зміцнення судинної стінки, покращення мікроциркулярції ефективними є заняття лікувальною фізкультурою, плаванням, холодні обтирання.

Гнійний артрит

Гострий гнійний артрит виникає внаслідок інфікування суглоба гнійною мікрофлорою. Розрізняють первинний артрит, при якому інфекція проникає в суглоби внаслідок їх ушкодження, мікротравми, вогнепального поранення, під час пункції суглоба або після оперативного втручання. При вторинному артриті суглоб інфікується від близько розміщених гнійних вогнищ (бурсит, флегмона, остеомієліт) гематогенним або лімфогенним шляхом.

Залежно від поширення гнійного процесу розрізняють 4 форми гнійного артриту: гнійний синовіїт (ураження синовіальної оболонки суглоба); флегмона суглобової сумки (охоплення гнійним процесом усього зв'язкового апарату та суглобової капсули); гнійний осте-

оартрит (охоплення процесом суглобової сумки, зв'язкового апарату та суглобових поверхонь кісток, що призводить до гострого остеомієліту), панартрит (процесом охоплені оточуючі м'які тканини).

Клінічна картина залежить від форми гнійного артриту та вираженості загальних змін. Захворювання починається гостро, з підвищенням температури, лихоманкою, появою сильного болю в суглобі та порушенням функції кінцівки. Загальний стан важкий, наростає інтоксикація, нерідко виникає септичний стан. Хворих на гнійний артрит потрібно негайно госпіталізувати до хірургічного стаціонару. Лише артрит міжфалангових суглобів можна лікувати в амбулаторних умовах. Під час огляду помітні набряк, деформація суглоба, гіперемія. Пальпаторно визначається кінцівка у вимушеному стані, різкий біль, активні та пасивні рухи обмежені. Уражені навколосуглобові тканини нагадують флегмону.

З діагностичною метою проводять пункцію під місцевим знеболенням за допомогою 10–15 мл 0,5% розчину новокаїну. Одержану рідину досліджують у лабораторії та визначають чутливість мікрофлори до антибіотиків. Обов'язковою є рентгенограма: ознаки остеопорозу суглобових поверхонь та кісток з'являються через 12–14 днів від початку захворювання.

Лікування комплексне, з обов'язковою іммобілізацією кінцівки. Застосовують пункційний метод з введенням у суглоб антибіотиків. При ускладненому гнійному артриті рекомендоване оперативне втручання. Операцію – артротомію з дренуванням гнійних затьоків здійснюють під загальним знеболенням. У вкрай важких випадках, що супроводжуються септичним станом, виконують резекцію суглоба або навіть ампутацію кінцівки. Внутрішньовенно або внутрішньоартеріально вводять антибіотики, проводять дезинтоксикаційну терапію.

Профілактика гнійного артриту полягає у кваліфікованому лікуванні пошкоджених суглобів, суворому дотриманні правил асептики та антисептики під час операцій на суглобах, раціональному лікуванні гнійних процесів.

Сказ

Сказ – це гостре інфекційне захворювання, до якого призводить вірус сказу, уражаючи нервову систему. Основне джерело зараження – укуси хворих собак, котів, лисиць, вовків, кажанів. Інкубаційний період триває в середньому 30–90 днів. Клінічний перебіг сказу має три стадії: продромальний, збудження, параліч, який закінчується леталь-

но. Початкові ознаки захворювання, зазвичай, проявляються на місці укусу: в ділянці рани відчувається свербіж, біль, відчуття важкості. На фоні субфебрильної температури з'являються слабкість, головний біль, втрата апетиту. Характерною ознакою захворювання є не зовсім відповідна реакція на зорові та слухові подразники. Хворі скаржаться на безсоння, безпричинний страх, постійну тривогу, впадають у депресію. Пізніше виникають диспептичні явища: нудота, блювота, задуха, ціаноз, боязнь випити воду (гідрофобія). Летальний наслідок може настати на другій стадії захворювання від паралічу дихального та судиннорухового центру. Ураження нервової системи має численні прояви: парези, ураження черепних нервів, параліч обох рук або ніг (параплегії). Хворий не може рухатися, у нього посилюється потовиділення, слюновиділення, загострюються риси обличчя. Після припинення судом ковтальної та дихальної мускулатури стан хворого дещо поліпшується, він може самостійно пити рідину, вживати їжу. Проте через 2–3 дні різко погіршується серцево-судинна діяльність, понижується артеріальний тиск, наростає тахікардія. Летальний кінець настає раптово.



Інколи клінічна картина позбавлена продромальних симптомів, гідрофобії, аерофобії. Буває, що сказ перебігає без стадії збудження, у таких випадках смерть є наслідком бульбарних розладів. При сказі практично завжди мають місце психічні розлади. Спочатку вони проявляються у вигляді астенічного синдрому: виникає відчуття дискомфорту, слабкість, подразливість. Надалі на фоні вираженої гіпестезії (зниженої чутливості) всіх органів виникають напади різкого збудження: хворий відчуває страх смерті, розриває білизну; часто виникають зорові, слухові галюцинації, марення, логорея (хворобливна багатослівність). Проводячи диференційну діагностику, слід мати на увазі, що подібні симптоми бувають у хворих на правець, істерію, під час отруєння атропіном та захворювання центральної нервової системи.

Прогноз при сказі несприятливий, випадки одужання дотепер не описані. Лікування має бути спрямоване на зняття підвищеного збудження, корекцію водно-електролітного балансу організму. Хворого з підозрою на сказ потрібно негайно госпіталізувати до окремої

палати (в реанімаційному центрі), вжити заходів для захисту від зовнішніх подразників.

Профілактичні щеплення проти сказу запропонував у 1885 р. Луї Пастер, який створив першу антирабічну вакцину. Антирабічну допомогу надають лікарі-травматологи та хірурги, які пройшли спеціальну підготовку з питань профілактики сказу за програмою, затвердженою МОЗ України.

Враховуючи, що активний імунітет формується до 20–30 дня з моменту початку вакцинації, у деяких випадках, коли можна передбачити, що інкубаційний період інфекції скоротиться до одного місяця, застосовують комбінований метод лікування, який ґрунтується на введенні гама-глобуліну та вакцини. Існують спеціальні схеми лікування, регламентовані Інструкцією по застосуванню культур антирабічної вакцини від 04.06.99 р.

1. У випадку ослюнення, легких та середніх укусів здорових тварин, які були щеплені проти сказу і мають належний домашній догляд, потерпілим щеплення не призначають, а за такими тваринами встановлюють 10-ти денне ветеринарне спостереження.

2. При легких та середньої важкості укусах людей тваринами, яких погано утримують, не щеплених, призначають дворазове введення вакцини типу Фермі або КАВ в один день по 3 мл з інтервалом 30 хвилин. За такими тваринами встановлюють 10-ти денне ветеринарне спостереження.

3. У разі важких неспровокованих укусів кількох людей здоровими тваринами проводиться курс лікування вакциною (Фермі або КАВ) за умовними показаннями по 5 мл протягом 3–4 днів. У виняткових випадках цей курс лікування можна замінити антирабічним гама-глобуліном у дозі 0,25 мл на 1 кг маси здорової людини.

4. Якщо неушкоджені ділянки шкіри людини ослюнили хворі тварини, вводиться антирабічна вакцина по 3 мл протягом 7 днів.

5. У випадку масивного та багаторазового ослюнення неушкоджених ділянок шкіри хворими тваринами або хворою людиною (наприклад, під час обстеження порожнини рота хворих тварин, зняття шкіри з диких тварин), а також у разі ослюнення ушкоджених ділянок шкіри та неушкоджених слизових призначається вакцина Фермі по 3 мл 15–18 днів або КАВ по 3 мл 12 днів.

6. При легких укусах хворими тваринами призначають вакцину Фермі по 3 мл 20 днів або КАВ по 3 мл 12 днів з наступною ревакцинацією цією вакциною по 3 мл на 10-й та 20-й день з моменту основного курсу щеплень.

7. При укусах середньої важкості, завданих хворими тваринами, потрібно негайно вводити антирабічний гама-глобулін (0,5 мл на 1 кг маси тіла дорослої людини), через 24 години – щеплення вакциною Фермі або КАВ по 5 мл 25 днів з наступною ревакцинацією цими вакцинами по 5 мл на 10-й, 20-й та 35-й день після закінчення курсу щеплень.

Отже, запобігти захворюванню на сказ можна лише завдяки своєчасному застосуванню препаратів, які потрібно вводити негайно під час звернення потерпілого. Вся доза призначеного гама-глобуліну вводиться в один день в обсязі, що не перевищує 30 мл, незалежно від маси людини, згідно з інструкцією по застосуванню КАВ. Лише за особливо обширних укусів обличчя, голови, важких укусів вовків та інших хижих тварин можна повторно вводити гама-глобулін наступного дня у тій же дозі. Рекомендують частину загальної дози гама-глобуліну (але не більше половини) вводити навколо рани, якщо дозволяє локалізація.

Сибірка

У нашій та зарубіжній літературі описано три клінічні форми сибірки: шкірна, легенева та кишкова, які можуть закінчитися сепсисом – найпоширеніша шкірна форма сибірки, вона становить від 93 до 99% всіх клінічних форм цього захворювання. Останнім часом розрізняють дві форми сибірки: шкірна та септична.

Джерелом інфекції є хворі домашні тварини та продукти харчування тваринного походження. Зараження відбувається контактним, повітряним, аліментарним та трансмісивним шляхами. В Україні трапляються окремі випадки сибірки. 96% людей, що захворіли, пов'язані з сільськогосподарським виробництвом: чабани, працівники ферм, заготконтор тощо. Найчастіше люди заражаються, коли забивають тварин або використовують уражене хутро, шкіру. Після перенесеного захворювання виробляється імунітет, проте бувають і повторні випадки. Передача захворювання від людини до людини не описана.

Вхідними воротами збудника сибірки є пошкоджена слизова оболонка або шкіра. У ділянці вторгнення збудника виникає вогнище геморагічно-некротичного запалення всіх шарів шкіри. Поступово наростає перифокальний набряк, відмічається деструкція тканин. В центрі карбункула утворюється чорно-бура скорина. Карбункул дещо підвищується над поверхнею шкіри, нагноєння в ділянці ураження не спостерігається. В рідких випадках шкірна форма сибірки перебігає без утворення карбункула, в ділянці вхідних воріт розвивається обширний набряк

тканин. Якщо збудник сибірки проникає в лімфатичні судини та вузли, розвивається геморагічно-некротичний лімфаденіт. У поліклінічних умовах при підозрі на сибірку для аналізу беруть шматочок шкіри в ділянці карбункула, пунктат лімфовузлів, мазки із шкіри.

Клінічні прояви сибірки мають ознаки загального характеру (інтоксікація, гіперемія) та місцевого. Розрізняють чотири варіанти шкірної форми сибірки: карбункул, злоякісний набряк, бульозна та еризипелоїдна форма. Найважчий перебіг спостерігається при ураженні голови та шкіри. Найчастіше сибірка протікає при нормальній або субфебрильній температурі. Інкубаційний період залежить від загальної інфекційної дози та вірулентності збудника. Найчастіше він триває 3–14 днів, хоча описані випадки захворювання після трьох місяців з моменту контакту з інфекційним матеріалом. Під час інкубаційного періоду болю не відчувається. Потім на місці майбутнього карбункула починається свербіж та ущільнення шкіри, схоже на укус комахи. Через добу в центрі ущільнення розвивається пухирчик розміром з горошину, наповнений темною рідиною. Шкіра починає пекти, якщо її подряпати або травмувати, утворюється виразка. Згодом виникає темний струп з вираженим набряком. У 50–75% хворих збільшуються регіональні лімфатичні вузли. Тривалість рубцювання залежить від глибини ураження тканини. Після відторгнення сибіркового струпа на його місці залишається гранулююча виразка, котра вкривається гнійним нальотом з поступовим утворенням вторинного струпа.

При набряковому різновиді сибірки карбункул не виникає, на його місці починається некроз. Частіше ця форма уражає обличчя та характеризується дуже важким перебігом.

При бульозній формі на місці ураження утворюються пухирці, наповнені кровоточивою рідиною. Через 5–7 днів пухирці самостійно прориваються і на їх місці утворюється обширна виразка. У хворого підвищується температура, навколо виразки збільшується набряк.

Еризипелоїд (бешихова форма) характеризується появою на почервонілій шкірі багатьох білястих пухирців. Через кілька днів вміст пухирців темніє, вони зливаються, потім самостійно прориваються, згодом на їх місці утворюються численні виразки з рясним серозним (водянистим) виділенням.

Діагноз встановлюється на підставі епідеміологічного анамнезу, клінічних проявів захворювання, внутрішньошкірної алергійної проби з антраксином та даних лабораторних досліджень. Під час алергійної проби внутрішньошкірно на внутрішній поверхні передпліччя вводять 0,1 мл антраксину (антигену, що виділяється із збуд-

ника сибірки). Через 24–48 годин після цього у хворого з'являється гіперемія та інфільтрат до 8 мм.

Шкірну форму сибірки слід диференціювати з карбункулом, фурункулом, чумою, туляремією, бешихою, сапом, які мають подібні ознаки.

Лікують шкірну форму сибірки за методичними вказівками з лабораторної та клінічної діагностики. При легкому перебігу без виражених явищ інтоксікації та відсутності тенденції до швидкого збільшення некрозу шкіри призначають пеніцилін 1000000 ОД внутрішньом'язово 6–8 разів на добу протягом 5–7 днів. Слід також застосовувати препарати тетрациклінового ряду внутрішньо по 0,3 г 4 рази на добу протягом 5–7 днів. При захворюванні середньої важкості, що характеризується високою температурою, інтоксикацією, зниженням артеріального тиску, в умовах стаціонару антибіотикотерапію слід поєднувати з введенням протисибіркового глобуліну по 40–50 мл внутрішньом'язово одноразово. Специфічне лікування допустиме лише при відсутності підвищеної чутливості до сибіркового глобуліну. Для цього роблять пробу – на внутрішній поверхні передпліччя уводять внутрішньошкірно 0,1 мл розведеного в 100 разів лікувального глобуліну.

Для корекції порушень об'єму циркулюючої крові (ОЦК) та детоксікації призначають внутрішньовенні інфузії неогемодезу по 400 мл щоденно, реополіглюкін, сольові розчини. Доцільно одночасно внутрішньовенно ввести 90–120 мг преднізолону, 1000000–2000000 ОД пеніциліну.

Важкий перебіг захворювання, що ускладнюється септичним станом, лікують внутрішньовенним уведенням великих доз (90–240 мг) преднізолону та названих вище розчинів. Нерідко внутрішньовенні інфузії становлять 4–6 л рідини, а кількість преднізолону – до 400–800 мг на добу. Комплексне лікування доповнюють призначенням серцевих глікозидів: 0,25–0,5 мл 0,05% розчину строфантину або 0,5–1,0 мл 0,06% розчину корглікону. При гіперкоагуляції призначають гепарин по 5000 ОД внутрішньом'язово через 4 год протягом 6–7 днів з послідовним зниженням його дозування. Пеніцилін у дозі 2000 000 ОД уводять внутрішньовенно, а потім по 3000 000 ОД внутрішньом'язово через 4 години. При важкій шкірній формі сибірки з вираженими явищами септичного стану допускається введення протисибіркового глобуліну 75–100 мл без попередньої проби на чутливість хворого (усе ж краще зробити таку пробу). Якщо ж для проби не вистачає часу, слід попередньо ввести внутрішньовенно 120 мг пред-

нізолону. Глобулін уводять внутрішньом'язово у підігрітому вигляді через 30 хв після введення преднізолону. Амбулаторному хірургу слід пам'ятати, що при цій хворобі не варто накладати пов'язку.

Якщо вчасно розпочати лікування, прогноз задовільний. Особливо важливо лікувати на ранніх стадіях септичні форми.

Екстрагенної профілактики потребують люди, які мали прямий контакт із зараженим матеріалом, що містить сибіркові палички або спори. З цією метою застосовують феноксиметиленпеніцилін по 1 г двічі на добу або тетрациклін по 0,5 г двічі на добу протягом 5 днів. Ці препарати можна замінити ампіциліном у таблетках двічі на добу або оксациліном по 0,1 г двічі на добу. Після попередньої проби на чутливість уводять внутрішньом'язово 20–25 мл протисибіркового глобуліну. За такими особами встановлюється медичний нагляд протягом 8 днів.

Анаеробна інфекція

Анаеробна інфекція (газова гангрена, газова флегмона, злоякісний набряк) являє собою важке захворювання, яке викликане патогенними анаеробами та характеризується швидким некрозом тканин з утворенням газів, важкою інтоксикацією організму та відсутністю запальних явищ. Збудниками анаеробної інфекції є патогенні клостридії: Cl. perfringens, Cl. oedematiens, Cl. septicum, Cl. histoliticum, Cl. sordellii.

При дослідженні ранового змісту встановлено, що крім анаеробів в рані виявляються різні асоціації мікробної флори, в тому числі збудники гнійної інфекції: стафілококи, стрептококи, синьогнійна паличка тощо. Анаеробна інфекція найчастіше зустрічається у воєнний час при масовому надходженні поранених. Найчастіше це захворювання виникає при несвоєчасному наданні хірургічної допомоги. В мирний час анаеробна інфекція виникає спорадично при обширних та важких відкритих травмах, особливо при пораненнях у працівників сільськогосподарського виробництва. Вкрай рідко анаеробна інфекція виникає як одне з післяопераційних ускладнень (при операціях на прямій кишці за рахунок аутоінфекції).

Розрізняють дві форми анаеробної інфекції: емфізематозну та набрякову. При обох формах має місце газоутворення, прогресуюче змертвіння тканин та поширення патогенної мікрофлори за межі рани по міжтканинних щілинах, лімфатичних та кровоносних шляхах. Слід зазначити, що лікувальні заходи (хірургічні та медикаментозні), направлені на припинення подальшого розвитку інфекції, ефективні лише на початкових стадіях захворювання. Під дією токсинів

та ферментів, що виробляються анаеробною флорою, м'язи втрачають червоний колір, при подальшому прогресуванні захворювання перетворюються в однорідну масу з пухирцями газу. Набряк збільшується також за рахунок випотівання плазми крові, порушується тканинне дихання, наростає ацидоз. В результаті розвитку анаеробної інфекції значним змінам піддаються капіляри: найчастіше вони набувають звивистої форми, отвір значно звужений. Також спостерігаються значні зміни в паренхіматозних органах (печінці, нирках), зумовлені токсичною дією анаеробної флори.

В клінічній картині анаеробної інфекції розрізняють блискавичний, швидко прогресуючий та торпідний перебіг. При блискавичному перебігу превалюють явища загальної інтоксикації: сухий язик, виражена тахікардія та гіперемія. Набряк в ділянці рани швидко збільшується та поширюєтсья у всіх нарямках. М'язи набувають чорно-зеленого кольору, із рани виділяється рідина кольору м'ясних помиїв. Наростаючий токсикоз супроводжуєтсья тромбозом мілких судин, внаслідок чого розвивається гангрена тканин, з'являється трупний запах. Екстерні заходи, що включають ампутацію кінцівки, найчастіше бувають неефективними і хворі гинуть. При швидко прогресуючій формі набряк тканин в ділянці рани переходить в некроз тканин та газоутворення. При натисканні на краї рани виділяється газ, рана суха без вираженої запальної перифокальної реакції. Шкіра навколо рани холодна, через неї просвічуються розширені судини. Хворий скаржиться на сильний біль в ураженій кінцівці. Своєчасне та раціональне хірургічне лікування в поєднанні з медикаментозною терапією та ефективними заходами можуть врятувати життя хворому. Торпідний перебіг характиризується порівняно повільним наростанням ознак захворювання: спочатку розвиваються місцеві зміни в рані (м'язи стають блідими, набряклими, по ходу судинно-нервового пучка відмічається утворення студенистої маси, шкіра бліда, холодна, блискуча), ознаки інтоксикації наростають пізніше.

Рання діагностика відіграє надзвичайно важливу роль для наслідків захворювання. З ознаками ранньої стадії анаеробної інфекції повинні бути знайомі не тільки хірурги, але й лікарі інших спеціальностей. Особлива пильність повинна бути по відношенню до хворих після надання допомоги з приводу обширних поранень, що супроводжуються масивною крововтратою та травматичним шоком. Ознаки розвитку анаеробної інфекції проявляються у найближчі 2–3 дні. Зазвичай хворі скаржаться на нарастаючий біль в ділянці рани, який не знімається наркотичними засобами. Спочатку звертає на себе увагу підвищена

чутливість та занепокоєння потерпілого; деталізуючи скарги хворого, можна установити, що біль носить розпираючий характер, відчуття стиснення в ділянці рани хворий пов'язує з тугою пов'язкою. Підвищення температури тіла до 38–40^{0}С супроводжується тахікардією та безсонням. У пізніх стадіях розвитку захворювання надростає інтоксикація, з'являється ейфорія, загострюються риси обличчя. При невеликих травмах з рани виділяється серозно-кров'яниста рідина, інколи – пінисте серозне виділення в невеликій кількості. Для ранньої діагностики важливе значення має обстеження рани та оточуючих тканин. Рана покрита брудно-сірим нальотом, суха, при натисканні на її краї виділяється прозора червонувати рідина. Шкіра навколо рани бліда із специфічним блиском – "білий набряк". Достовірними ознаками захворювання є зміни в крові: високий лейкоцитоз, нейтрофільоз із зсувом вліво та різким зменшенням кількості лімфоцитів.

В пізніх термінальних стадіях розвитку захворювання шкіра обличчя набуває землистого кольору з іктеричним відтінком. Із рани виділяється серозно-кров'яниста рідина з гнилісним запахом. З допомогою перкусії та пальпації визначається газова крепітація, аускультативно при натисканні фонендоскопом на краї рани вдається почути тріск роздавлених пухирців. Навколо рани виникають різної форми та величини плями бронзово-коричневого або блідо-голубого кольору; рентгенологічне дослідження, що свідчить про наявність газу в м'яких тканинах, підтверджує попередній діагноз. Для мікробіологічної діагностики беруть ексудат, шматочки тканин з рани та 5 мл крові з вени. Тканини кладуть у стерильну герметичну пробірку та терміново направляють у бактеріологічну лабораторію. Важливе значення має вивчення мазка на предметному скельці.

Лікування анаеробної інфекції повинно проводитись тільки в умовах стаціонару, має бути комплексним та включати хірургічні методи, введення спеціальних сироваток, застосування антибіотиків та методів коригуючої терапії (детоксикація, корекція порушень водного, електролітного та білкового обмінів). Основою методу оперативного втручання є видалення продуктів розпаду тканин та збудників інфекції. Залежно від стадії захворювання, стану хворого та особливостей ранового процесу обсяг оперативного втручання полягає в проведенні лампасних розтинів, висіченні уражених тканин або ампутації кінцівки. Кожен тип операції має свої технічні особливості. Специфічне лікування полягає у внутрішньовенному введенні однієї лікувальної дози протигангренозної сироватки на добу – 150 000 МО (по 50 000 МО сироваток антиперфрінгенс, антисептикум, антиедематіс). При одержанні бакте-

ріологічного аналізу застосовують моновалентну сироватку, одноіменну з виділеним збудником. Крім специфічної терапії застосовують антибіотики. Внутрішньовенна та внутрішньом'язеве введення пеніцилінів по 3 000 000–10 000 000 ОД на добу поєднують із застосуванням канаміцину, тетрацикліну. З метою детоксикації та покращення реологічних властивостей крові доцільно призначати неогемодез, реополіглюкін по 400 мл внутрішньовенне 1–2 рази на добу. Для корекції порушень водно-електролітного балансу організму застосовують полііонні розчини по 3–4 л на добу.

Профілактика анаеробної інфекції в першу чергу полягає в ранній та повноцінній первинній хірургічній обробці рани. При цьому висікають нежиттєздатні тканини, видаляють сторонні тіла (обривки одягу, осколки снаряду, частинки грунту), гематоми. Недопустиме туге тампонування рани, що негативно впливає на життєздатність тканин. При обширних розчавленнях тканин, їх забрудненні рану залишають відкритою та застосовують постійнії зрошення антисептиком (3% розчином перекису водню), доцільне також профілактичне введення однієї дози протигангренозної сироватки в кількості 30 000 МО, що містить по 10 000 МО антиперфрінгенс, анитиедематієнс та антисептикум. Ефективним є також застосування високих доз антибіотиків в поєднанні з сульфаніламідними препаратами. Проводять також сеанси гіпербаричної оксигенації. В поліклініці та стаціонарі медперсонал зобов'язаний суворо дотримуватись заходів запобігання – при підозрі на анаеробну інфекцію хворого слід негайно госпіталізувати у хірургічний стаціонар. Весь персонал, що брав участь у перез'язці, змінюють халати та костюми. Двічі дезиніфікують та стерилізують інструменти, перев'язочний матеріал та дренажі спалюють.

Врослий ніготь

Врослий ніготь характеризується вростанням у м'які тканини пальця одного або обох його країв. Захворювання зустрічається частіше в ділянці нігтя на I пальці стопи, вростає його латеральний або медіальний край. Виникненню захворювання сприяють тісне взуття, плоскостопість і неправильне підстригання нігтів. Хворі скаржаться на постійний біль в ділянці врослого нігтя, набряк, гнійні виділення. При тривалому перебігу запального процесу в ділянці валика виростають грануляції, перифокальний набряк та гіперемія можуть поширюватися на весь навколонігтьовий валик з подальшим відшаруванням нігтьової пластинки. Захворювання небезпечне у

хворих на цукровий діабет, облітеруючий атеросклероз, іншу патологію, при котрій порушена трофіка тканин кінцівки. В зазначених ситуаціях існує загроза гангрени. Диференціальну діагностику слід проводити з облітеруючими захворюваннями, діабетичною ангіопатією та піднігтьовим екзостозом. При обстеженні хворому необхідно виконати рентгенографію пальця у 2-х проекціях.

Лікування у початковій стадії проводять в амбулаторних умовах. Хворому призначають теплі содові ванночки та мазеві пов'язки, а також раціональний підбір взуття. Глибоке вростання нігтя лікується оперативно. Запропоновано декілька методів операції: найкращими з них є ті, при яких висікається врослий ніготь з його ложем. Операцію проводять в поліклініці під провідниковим знеболенням за методом Лукашевича. Перед операцією проводять обов'язкову імунізацію проти правця.

Операція Бартлетта полягає у клиновидному висіченні тканин на стороні вростання поза ділянкою запалення. Після висічення трикутного клаптика на краї рани накладають шви з таким розрахунком, щоб валик відійшов від травмуючого краю нігтя.

Операція Дюпюїтрена полягає у поздовжньому розтині нігтя на дві половини, кожна з яких почергово видаляється. Грануляція та гіпертрофована тканина висікаються.

Операція Шмідена направлена на клиновидне висічення врослого краю нігтя з валиком.

Після висічення клину доцільно накласти шви, таким чином забезпечуючи гемостаз та виконуючи пластику нігтьового ложа. Пов'язку накладають з розчином антисептика: хлорфіліпту, мікроциду, хлоргексидину.

Профілактика захворювання та рецидивів після операції полягає у підборі просторного зручного взуття, правильного підстригання нігтів, при потребі рекомендують ортопедичне взуття.

Доброякісні пухлини м'яких тканин та кісток

Хворих з доброякісними пухлинами м'яких тканини та кісток часто оперують в амбулаторних умовах, тут же призначають гістологічне дослідження, а за підозри на злоякісне утворення, хворого направляють до онкоцентру. Найчастіше бувають такі доброякісні новоутворення:

Аденома – пухлина із залозистої тканини, спостерігається в молочній, щитоподібній, передміхуровій залозі. Аденоми шлунка або кишки (поліпи) діагностуються із застосуванням рентгенологічних, ендоскопічних та морфологічних (біопсія) методів обстеження. Найчастіше – це пухлина еластичної консистенції, круглої або овальної форми, безболісна, рухлива. Ускладненням аденоми порожнинних органів є кровотеча, яка є прямим показом до оперативного втручання. Лікування за відсутності ускладнень – медикаментозне, оперативне.

Гемангіоми – доброякісні пухлини, що розвиваються з кровоносних судин. Локалізація різноманітна: шкіра та слизова, м'язи, сухожилки, паренхіматозні органи. Пухлина виникає на ґрунті вроджених аномалій судин та поділяється на: 1) капілярну, 2) кавернозну, 3) ангіоматозну. У капілярній пухлині ендотелій значно збільшений в об'ємі. Цей вид ангіом схильний до інфільтруючого росту. Кавернозна пухлина – це численні порожнини, заповнені кров'ю. Ангіоматоз являє собою значні доброякісні розростання судин. Гемангіома найчастіше уражає шкіру обличчя у вигляді рожевої або фіолетово-рожевої плями, яка трохи виступає над шкірою. Для лікування гемангіоми застосовують оперативний метод, склерозуючий, електрокоагуляцію, кріотерапію. Проте найдієвішою на сьогодні є лазеротерапія. Метод та обсяг лікування визначається індивідуально. Найдоцільніше лікувати в дитячому віці, коли пухлина невеликих розмірів.

Ліпома – доброякісна пухлина, що розвивається із жирової тканини. Найчастіше міститься у підшкірній клітковині. Росте повільно, проте може досягати значних розмірів. Ліпоми підшкірної клітковини мають доброякісний характер. Проте ліпоми позаочеревинного простору часто рецидивують і деякими авторами розглядаються як потенційно злоякісні. Лікування оперативне.

Папілома – доброякісна пухлина, що складається із сполучної тканини та вкрита багатошаровим епітелієм. Пухлина може виникати на шкірі, слизових та порожнинних органах. На шкірі та слизових має вигляд сосочків, росте повільно у вигляді бородавок, кондилом, шкірного рогу. Запобігає малігнізації хірургічне втручання або електрокоагуляція.

Фіброма – доброякісна пухлина, що розвивається із волокнистої сполучної тканини та являє собою обмежений від оточуючих тканин вузол, на розтині – сірувато-білого кольору. Бувають м'які та тверді, одиночні та множинні. В м'яких фібромах багато колагенових волокон та сполучнотканинних клітин. Найчастіше пухлина локалізується у

підшкірній клітковині. Фіброми можуть поєднуватися з іншими пухлинами (фіброміоми, фіброаденоми). Лікування хірургічне з видаленням пухлини в межах здорових тканин. Прогноз добрий.

Хондрома – доброякісна пухлина, що трапляється найчастіше у підлітків та юнацтва. Уражає короткі трубчасті кістки (фаланги пальців кистей та стоп, плюсневі кістки). Бувають, зазвичай, множинними. Пухлина розвивається повільно, від ураження кісток деформуються пальці, може порушуватись функція, ускладненням хондром є переломи. Пухлина може малігнізуватися. При повільному рості хворі перебувають під диспансерним наглядом. При підозрі на малігнізацію обов'язковим є оперативне втручання в межах здорових тканин.

Отже, за доброякісними пухлинами, що розвиваються повільно, можна спостерігати в порядку диспансерного нагляду. Проте краще прооперувати їх, не чекаючи переродження. У разі ускладнення пухлини (кровотеча, малігнізація) слід невідкладно призначати оперативне втручання.

Злоякісні пухлини м'яких тканин

Розрізняють десмогенні бластоми, фібросаркоми, ліпосаркоми, синовіальні саркоми, ангіосаркоми (пухлини, що розвиваються із мезенхімальної тканини), пухлини із оболонок периферійних нервів (злоякісні шваноми), пухлини із м'язової тканини (рабдоміосаркоми, лейоміобластоми).

Фібросаркоми належать до найпоширеніших злоякісних пухлин м'яких тканин. Уражають тканини кінцівок, тулуба, голови, шиї. Найчастіше пухлину виявляють випадково в товщині м'язового шару. Пухлина може метастазувати у 15–20% . Лікування комбіноване: оперативне втручання, хіміотерапія, опромінення.

Ліпосаркома може розвиватися у будь-якій ділянці тіла. Клінічні прояви залежать від ступеня диференціації пухлини. Найінтенсивнішим є ріст малодиференційованої пухлини, яка у 30% дає метастазування. Лікування у спеціалізованому лікувальному закладі.

Рабдоміосаркома розвивається із елементів поперечно-смугастої мускулатури і спостерігається переважно у підлітків та осіб середнього віку. Найчастіше міститься на кінцівках, шиї, голові, малому тазі. Пухлина росте порівняно швидко, супроводжується розширенням вен у перифокальній ділянці та виразками шкіри. Лікування в онкоцентрі.

Синовіальна саркома виникає із сполучної тканини (сухожилки фасції, оболонки суглобів), локалізується переважно на нижніх та верхніх кінцівках. У разі виявлення пухлини хворого слід негайно направити до онкоцентру, де провести комплексне лікування: оперативне втручання, хіміотерапію, променеву терапію.

Ангіосаркома – це злоякісна пухлина кровоносних та лімфатичних судин. Трапляється рідко. Пухлина відрізняється швидким інфільтративним ростом, ураженням регіональних лімфатичних вузлів. Дає гематогенне метастазування в легені, органи черевної порожнини, кістки. Лікування полягає у висіченні пухлини в межах здорових тканин, проведенні променевої та хіміотерапії.

Меланома шкіри. Захворювання розвивається із пігментних тканин, що містяться у базальному шарі епідермісу та продукують меланін.

На виникнення меланом суттєво впливають травми пігментних плям, які можуть виникати внаслідок пошкодження одягом, спробою видалення косметичним методом. Провокуючу роль таких травм відзначають численні вітчизняні та зарубіжні автори. Рання діагностика меланоми ускладнена тим, що не завжди вдається своєчасно виявити фазу переходу пігментної плями в меланому. Найчастіше хворі звертаються до хірурга поліклініки. Необхідно звернути увагу на ріст пухлини, збільшення її щільності, появу перифокальної гіперемії, виразки, кровотечі. З появою цих ознак хворого необхідно негайно направити до онкоцентру, оскільки небезпекою меланоми є раннє метастазування в регіонарні лімфатичні вузли, печінку, легені, кістки, шлунок, головний мозок. В окремих випадках вони поводять себе атипово. В діагностиці пухлини важливе значення має ретельно зібраний анемнез: тривалість пігментної плями, частота травм, особливості росту. В лікуванні найчастіше застосовують комбінований метод. Хворий перебуває під диспансперним наглядом онкоцентру та онколога поліклініки.

Результат лікування залежить від своєчасного виявлення пухлини та індивідуально підібраного лікування.

Хронічна специфічна инфекція в хірургії

Питання специфічної інфекції у хірургії є актуальним та вимагає тісної співпраці хірургів із фахівцями суміжних спеціальностей.

До такої інфекції належать:

1. Туберкульоз.

2. Сифіліс.

3. Лепра.

4. Актиномікоз.

Найпоширенішим на сьогоднішній день є туберкульоз з різними формами прояву, в тому числі й хірургічними. Це соціальна хвороба, яка зумовлена насамперед зниженням добробуту громадян та зменшенням асигнувань на розвиток мережі лікувально-профілактичних закладів.

Хірургічні форми туберкульозу:

1. Туберкульоз кісток та суглобів.

2. Туберкульоз легенів.

3. Туберкульоз серозних оболонок.

4. Вісцеральний туберкульоз: шлунка, кишківника, нирок, статевих органів.

Туберкульоз – це соціальна хвороба, яка вражає до 1% людей, проте заражених нараховується близько 80%.

Контингент уражених хворих:

1. Мігруюче населення.

2. Люди, що повернулися із місць позбавлення волі.

3. Інші.

Проте останнім часом люди з благополучних сімей нерідко мають захворювання на туберкульоз.

Шляхи потрапляння:

1. Крапельний – через повітря.

2. Аліментарний – через молоко корів.

3. Через пошкоджені шкіру та слизові.

Реакцією на вторгнення мікобактерії є утворення бугорка – гранульоми, затим вузлики, що погано кровопостачаються, а потім настає сирнистий розпад.

Імунітет нестійкий, тому потрібно постійно дотримуватися відповідного режиму, щоб уникнути повторного інфікування.

Хірургічні форми туберкульозу:

I. Кістково-суглобовий – 14% від усіх, хто хворіє. Найчастіше вражені діти до 15 років – 72%.

Спочатку вражаються епіметафізи трубчастих кісток, фаланг пальців. Утворюються секвестри у вигляді "танцюючого шматочка цукру".

Розрізняють такі стадії розвитку патологічного процесу: I фаза – прорив у суглоб – преереактивна фаза. II фаза – артретична –

процес у суглобі. III фаза – постартретична – утворення нориці, натічна деформація.

Для першої фази характерні болі в суглобах, субфебрильнатемпература. Спостерігаються болі в проекції враженого епіметафіза. Характерним є симптом Александрова – на враженій кінцівці шкірна складка товща, ніж на здоровій. Відмічаються позитивні проби Пірке та Манту.

Друга фаза характеризується підсиленням болю, різким обмеженням рухів у суглобах.

Розрізняють різну локалізацію, проте найчастіше вражається кульшовий суглоб – туберкульозний коксит, колінний – туберкульозний гоніт. Дія другої фази харатерними є зміни на рентгенологічному знімку. Наслідком такого захворювання є контрактура суглобів.

Не менш важливим є враження хребта, що виникає у дітей віком 2–4 роки, яке спостерігається у 40% хворих на кісткову форму туберкульозу.

Фази туберкульозного спондиліту:

I. Преспонділітичиа – руйнуються, міжхребцеві диски.

II. Спонділітична – руйнування тіл хребців; що призводить до утворення горба – Hibus. Ускладненням цієї фази може бути стиснення спинного мозку, деформація, навіть розрив.

III фаза стійкої деформації – є наслідком двох попередніх фаз. Діагноз виставляється клініко-лабораторно. Хворі бліді, худорляві мають субфебрильну температуру.

Нерідко спостерігається прорив ексудату до міжм'язевого простору спини, що призводить до атрофії м'язів. Одним з проявів патологічного процесу в кістках є виражені гіперпластичні процеси у фалангах пальців – Spina ventosa.

Лікування: антибіотикотерапія, вітамінотерапія, раціональна дієта та обов'язкова іммобілізаіція.

При спондиліті, що найчастіше спостерігається у дітей, для зменшення деформації хребта одягають гіпсовий корсет, обладнують жорстке ліжко.

Із оперативних методів лікування застосовують операцію артродезу – при резекції суглобових відростків замикають суглоб, внаслідок чого блокується його функція. Із препаратів антибактеріального ряду застосовують як традиційні препарати: етамбутол, рифампіцин, стрептоміцин, так і препарати нові; зокрема фторхінолони. Вибір препарата здійснюється індивідуально.

Туберкульозний лімфаденіт – ураження лімфовузлів. Можуть вражатися будь-які лімфовузли: бронхіальні, черевної порожнини – мезаденіт, шийні, підщелепні, надключичні.

У хворого виникають скарги на слабкість, субфебрильну температуру, казеозні виділення з останніх. Спостерігається пакет лімфовузлів, спаювання між собою, деформація шиї, підщелепної ділянки. Діагноз виставляється на підставі пункційної біопсії. Лікування полягає у раціональному підборі антибактеріальних препаратів та загальнозміцнюючої терапії. Дуже доречним є санаторно-курортне лікування з використанням природніх ресурсів Південного берега Криму.

Туберкульозний перитоніт: часто виникає кишкова непрохідність унаслідок утворення нориць. Лікування оперативне, а потім протитуберкульозна терапія.

Сифіліс

Надзвичайно важливим для хірургічного лікування є питання сифілісу, шляхами передачі якого можуть бути: 1. Статевий, 2. Побутовий (ложки, виделки, чашки), 3. Через шкіру та слизові. Може проявлятися у вигляді панариція, амігдаліту.

Інкубаційний період триває 3–4 тижні, потім виникає первинний ефект за місцем вторгнення збудника.

I – виникнення твердого шанкру. Через 2 тижні спостерігається регіонарний лімфаденіт. II – розеольозна висипка, кандиломи навколо анального отвору, III – гуми, – гранульоми, що вражають м'які тканини та кістки.

Слід мати на увазі, що лімфаденіт у пахвинній ділянці може бути сифілітичним, оскільки він є вторинним і виникає поряд з інфекційним процесом. Необхідно шукати основне захворювання, у тому числі і твердий шанкр (Ulcus durum).

Гострокінечні кандиломи в ділянці анального отвору оперувати не слід, краще провести всебічне обстеження хворого.

Актиномікоз

Збудником є променистий грибок.

Може спостерігатись у таких формах:

1. Шкірна, 2. Легенева, 3. Кишкова.

Найчастіше зустрічається шкірна форма зокрема ділянка шиї та обличчя. Підвищується температура, виникнення щільного інфільтрату без чітких меж. Шкіра має багрово-синюшний колір, поступово пом'якшується та з'являється гній.

Лікування актиномікозу комплексне. Застосовують пеніцилін, йод, аутогемотерапію, рентгентерапію, хірургічне втручання. Найскладніша легенева та кишкова форма, при гострому перебігу дає клініку "гострого живота", потребує оперативного втручання.

Лепра (Проказа)

На Планеті 6 млн. населення хворі на лепру. Збудником є паличка лепри, яка нестійка до антибіотиків.

Мають значення тісний контакт з хворим та зниження загальної імунореактивності організму. Дня даного захворювання характерними є набряки обличчя, самоампутація пальців на кінцівках. Лікування: застосування антибіотиків широкого спектра дії та нагляд за хворими у спеціальних лікувальних закладах – лепрозоріях.

Отже, актуальним для диференціального діагнозу при виявленні специфічної інфекції є: збір анамнезу, клініко-лабораторні дослідження, консультації суміжних фахівців, комплексне лікування за визначення збудника.

Іксодові кліщі: небезпека та запобігання



Іксодові кліщі живуть у лісах, чагарниках, луках. Активізують свою діяльність теплої пори року – з квітня по жовтень. Найбільше їх скупчення спостерігається біля стежок і доріг, де вони і нападають на свою жертву.

Живляться кліщі кров'ю тварин і людей, здебільшого нападаючи на тих, хто працює або відпочиває на природі. Потрапивши на одяг, кліщ залазить на тіло і присмоктується, частіше в ділянці голови, шиї, паху, живота тощо. Може триматися на тілі до 10 днів, значно збільшуючись у розмірах. Діагностика не викликає труднощів, проте іноді застарілого кліща можна прийняти за бородавку або пухлину.

Укус кліща безболісний, тому що разом із слиною він вводить до рани анестезуючу речовину, і тільки через декілька годин виникає відчуття болю.

Із слиною кліща до організму людини потрапляють найрізноманітніші збудники інфекційних хвороб: кліщового енцефаліту, клі-

щового поворотного тифу, марсельської, кримської лихоманки, туляремії та інших.

Для захисту бажано користуватися протикліщовими костюмами. У разі їх відсутності рекомендується щільно зашпилити комір і манжети сорочки, обов'язково заправити їх у штани. Для захисту від кліщів використовуються хімічні речовини – лосьйони, аерозольні балони, які можна придбати у господарських та галантерейних магазинах, аптеках.

Відлякуючі засоби наносять на ті частини одягу, через які кліщі можуть потрапити на тіло – нижню частину рукавів, комір. Середня одноразова витрата цих препаратів – 5–10 мл.

Виявивши кліща на тілі, його необхідно видалити. Існує кілька методів видалення кліща.

1. Кліща захоплюють пінцетом, пальцями, які слід обгорнути марлевою серветкою, і обережно розхитують, намагаючись витягнути із шкіри потерпілого.

2. Петлю з грубої міцної нитки затягують на тілі кліща і обережно витягують його.

Легше видалити кліща, якщо ділянку, уражену ним, змастити вазеліном, камфорною олією, гліцерином, насиченим розчином кухонної солі, кремом, щоб поверхня була покрита повністю, обмежуючи доступ повітря. Задихаючись, кліщ залишає рановий отвір і легко видаляється з тіла.

Після цього ранку обробляють 3% розчином йоду або спиртом. Видаленого кліща ретельно оглядають за допомогою лупи. Якщо хоботок залишається в рані, він може спричинити запальний процес, тому його видаляють стерильною голкою. Після закінчення процедури руки старанно миють. Усім покусаним кліщами рекомендується щоденно міряти температуру протягом двох тижнів та стежити за своїм самопочуттям.

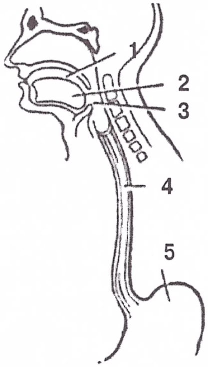
У разі необхідності призначають протиалергійні засоби (димедрол, супрастин, хлорид кальцію), полівітаміни. За покусаними кліщами людьми, які прибули із ендемічних зон здійснюють лікарський контроль. Видалені кліщі направляють на дослідження до санітарно-епідеміологічних станцій.

Отже, у весняний, літній та осінній періоди слід остерігатись кліщів, перебуваючи на природі. А в разі укусу слід звернутися до хірурга та інфекціоніста. Кваліфікований нагляд фахівців допоможе запобігти захворюванню на енцефаліт.

ІІ. Госпітальна хірургія

Захворювання стравоходу

Стравохід – це орган, що з'єднує ротоглотку із шлунком. Його довжина сягає близько 25 см. Основна функція – проведення їжі з ротової порожнини до шлунка. Їжа, зволожуючись слиною, проштовхується по порожнистій трубці за допомогою м'язових волокон. М'язовий шар складається з поздовжніх та поперечних волокон. Стравохід розміщений на рівні 6-го шийного та 11-го грудного хребця.



Положення стравоходу:
1 – ротова порожнина
2 – язик; 3 – глотка;
4 – стравохід; 5 – шлунок

Методи дослідження: 1) езофагоскопія; 2) рентгенографія. Обстеження виконують в умовах поліклініки та стаціонару. Стравохід має природні звуження: 1) глотково-стравохідне; 2) аортальне – перетин з дугою аорти; 3) діафрагмальне – при переході через діафрагму.

Важливий клінічний інтерес мають аномалії розвитку стравоходу, які трапляються хоч і не часто (один випадок на 3–5 тисяч дітей), але становлять неабияку небезпеку.

Розрізняють такі вроджені вади:

1. Атрезія – зарощення, яка, у свою чергу, поділяється на повну атрезію; закриття дистального кінця; закриття проксимального кінця; утворення нориць.

Найчастіше трапляються дистальне закриття та зрощення з трахеєю. Якщо не допомогти дитині, вона загине від асфіксії та пневмонії. Лікування виняткове хірургічне та невідкладне.

2. Дивертикули стравоходу (вид дистрофії) виникають через ослаблення стінки стравоходу і випинають її назовні. За розмірами можуть сягати 10 см. За локалізацією бувають: шийні, біфуркаційні (розташовані на рівні роздвоєння трахеї) та субдіафрагмальні. Клінічно вони проявляються порушенням ковтання (дисфагією), відрижкою, розпиранням у ділянці шиї. Лікування переважно хі-

ругічне, проте на певних стадіях застосовують консервативні методи.

Не менш важливе значення мають пошкодження стравоходу. Вони бувають: внутрішні (закриті), зовнішні (дуже рідко), спонтанні (самовільні).

Найчастіше трапляються внутрішні пошкодження. Основною ознакою є різкий загрудинний біль, поява емфіземи на шиї. Загоєння сповільнене, так як у шийному та грудному відділах стравохід позбавлено очеревини.

Нерідко ушкодження стравоходу спричиняють сторінні тіла: зубні протези, інструменти, монети, камінці, цвяхи, які через необачність потрапляють до нього і застряють на рівні фізіологічних звужень. Тривале перебування їх у стравоході призводить до пролежин. Виникає тупий біль, дисфагія – порушення ковтання. У цих випадках треба негайно звернутися до кабінету фіброгастроскопії, де фахівець надасть допомогу.

Усе ж найчастішими ураженнями стравоходу є опіки та рубцеві звуження, які виникають після них.

У 80% страждають діти, які потерпають через необачність батьків.

На другому місці – жінки, частіше через суїцидні спроби.

На третьому місці – люди, які зловживають алкоголем.

Для хімічних опіків, які трапляються найчастіше, характерними на першій стадії є набряк та гіперемія слизової, на 2-й стадії – некроз та утворення виразок, на 3-й – грануляції, на 4-й – рубцювання.

За клінічними ознаками розрізняють такі стадії:

1. Гострий ерозивний езофагіт.

2. Хронічний езофагіт – стадія видимого благополуччя, триває 7–30 днів.

3. Утворення стриктур (різке звуження просвіту) – від 3 місяців до 2–3 років.

4. Стадія пізніх ускладнень – облітерація просвіту, рак.

На І-й стадії виникає блювота, неможливість ковтання, у разі перфорації (проривання), гострий біль.

ІІ стадія – удаваного благополуччя. Після 30-го дня знову настають труднощі під час ковтання у зв'язку із звуженнями.

Першою допомогою є знеболення, промивання стравоходу нейтралізуючою рідиною. У перші 7–8 днів необхідно встановити назогастральний зонд, призначити мікстуру із рослинними оліями та знеболювальними.

З 7-го по 30-й день рекомендується годувати хворого добре обробленою їжею.

Ускладненням хімічних опіків стравоходу є стриктури (звуження просвіту), які лікуються бужуванням. Проте повторення цієї процедури досить травматичне для пацієнта, тому в деяких випадках виконують гастростому. Через 2–3 роки може відбуватися реканалізація стриктур, у цих випадках необхідна відновлювальна операція, що забезпечує прохідність стравоходу.

Поміж захворювань стравоходу найчастішим є кардіоспазм, що характеризується болями, блюванням. Для лікування I–II стадії захворювання застосовують пневмодилатацію, на III–IV стадії показане хірургічне лікування – езофагокардіоміотомія. Оперативний доступ – з боку черевної порожнини. Розтинають серозну та м'язову оболонки, не пошкоджуючи слизової.

Ахалазія – стійке розширення кардіальної частини стравоходу, зумовлене порушенням його інервації. Виникає неспроможність кардіального жому, через це шлунковий вміст закидається назад до стравоходу – рефлюкс – езофагіт. Діагноз допомагає встановити езофагоскопія. Можна лікувати консервативно; за 30 хвилин до їди вживати теплу мінеральну воду, змащувати стравохід фосфолюгелем, не лягати після вживання їжі.

При виразкових рефлюкс-езофагітах – операція, яка корегує так званий кут Гіса (між стравоходом та шлунком).

Рак стравоходу у 60–70% спричиняє дуже гаряча та гостра їжа, а також вживання дрібнокісткової риби. Може бути наслідком опіків стравоходу. Локалізація – найчастіше в ділянках фізіологічних звужень. 60–70% – грудна, 30% – кардіальна, 10% – шийна.

Морфологічні форми: 1) вузлові, 2) виразкові, 3) інфільтративні.

Діагноз встановлюється за допомогою фіброгастроскопії, обов'язковим є виконання біопсії. Доцільно призначити комп'ютерну томографію з подвійним контрастуванням. Лікування комплексне, до якого входять гамма-терапія, оперативне втручання.

Операція Добромислова-Торека виконується у два етапи: 1 – видалення стравоходу, харчування через гастростому; II – через 3–4 місяці – відновлення стравоходу з допомогою товстої кишки.

При інкурабельних формах, коли повне вилікування неможливе, виконують гастростомію.

Найважливіше – запобігти захворюванням стравоходу. Для цього доцільно дотримуватися раціонального режиму харчування, застережливо ставитися до рідин, особливо, коли відсутнє маркуван-

ня на пляшці. За наявності типових скарг доцільно виконати фіброгастродуоденоскопію та комп'ютерну томографію. Виконують ці обстеження у поліклініках та діагностичних центрах.

Хвороби щитоподібної залози

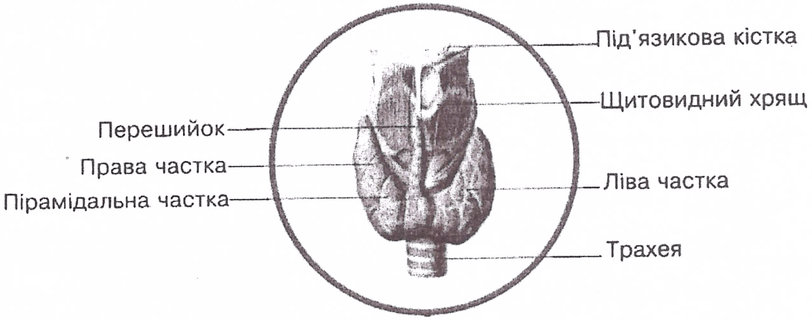
Вивчення патології щитовидної залози є актуальним, оскільки в структурі захворюваності вона займає помітне місце, особливо в зв'язку із впливом іонізуючої радіації.

На Земній кулі ендемічними вогнищами зобу є: плоскогір'я Альп, Перуанських Анд, Гімалаїв, Карпат, Піренеїв, Паміру, Уралу, рівнини Великих озер у США та ін., тобто там, де є гірська місцевість та низина.

В Україні ендемічними вогнищами зобу є Волинь, Прикарпаття, Закарпаття. В гірській місцевості йод, необхідний для нормального функціонування щитовидної залози, вивітрюється, а в низинах та болотах – осідає.

Основними захворюваннями щитоподібної залози є: ендемічний та спорадичний зоб, дифузний токсичний зоб, хронічний аутоімунний тиреоїдит (зоб Хашимото), рак щитоподібної залози.

Щитоподібна залоза – найбільша із ендокринних залоз. Вона складається із двох бокових часток та перешийка, має форму метелика або підкови, розміщена на рівні II–IV трахейних кілець, тому зміни в анатомічній структурі залози візуалізуються на шиї. Це м'ясисте утворення червоно-бурого кольору. Залоза надійно зафіксована до трахеї за допомогою глибокого листка шийної фасції, тому



під час ковтання рухається разом із гортанню, що є важливим діагностичним моментом.

Залоза в середньому важить 20–25 г. Структурна одиниця залози – фолікул, устелений всередині шаром секреторного епітелію, що складається із тиреоцитів. 20–40 фолікулів утворюють дольку, кількість дольок у залозі – близько 300, які розмежовані сполучними перетинками, що становлять строму. Поміж клітин строми є так звані К-клітини, що продукують гормон кальцитонін (тиреокальцитонін), який бере участь у регуляції обміну кальцію в організмі.

Порожнина фолікула заповнена світлою білковою рідиною – колоїдом, із якого шляхом хімічних перетворень продукуються гормони щитоподібної залози – тироксин та трийодтиронін. Регулює роботу щитоподібної залози аденогіпофіз, який перебуває під контролем гіпоталамуса.

Гормони щитоподібної залози відіграють суттєву роль у побудові та функціональних відмінностях епітеліальних клітин молочної залози. Тож невипадково у 64% пацієнток з різними формами мастопатії виявляють захворювання щитоподібної залози. Знижена функція залози підвищує ризик розвитку мастопатії у 3–4 рази.

Зоб – струма – це збільшення щитоподібної залози через гіпертрофію та гіперплазію (збільшення та розмноження) її клітин.

Ендемічний зоб – найпоширеніше захворювання щитоподібної залози, характерне для певних географічних районів (в Україні – Волинь, Прикарпаття, Закарпаття та ін.), де в природі не вистачає йоду. Спочатку залоза збільшується. Подальша нестача йоду призводить до утворення вузлів, кіст, аденом.

Підсилюють недостатність такі негативні чинники:

1. Незадовільні санітарно-гігієнічні умови (недостатність світла, засміченість повітря, води, їжі гуминовими речовинами).

2. Незбалансоване харчування (одноманітна їжа, вітамінний голод, недостатність овочів, риби).

3. Підвищений вміст у воді солей кальцію, фтору, магнію, брому.

До виникнення зобу також призводять речовини, що порушують утилізацію йоду або синтез гормонів. Ці речовини мають назву зобогени або гоїтрогени. Це тіоціанати і перхлорати, які зменшують вміст йоду в залозі, та тіокарбаміди – порушують синтез тироксину. Вони містяться в таких овочах, як турнепс, бруква, ріпа та інші хрестоцвіті.

Спорадичний (випадковий) зоб – захворювання, що трапляється всюди в поодиноких випадках, тобто в окремих людей в неендемічних районах.

За клінічним перебігом ці форми дуже подібні. Лікування їх однакове.

Залежно від величини розрізняють п'ять ступенів збільшення щитоподібної залози. За морфологічними особливостями зобу буває: дифузний, вузловий, змішаний. За функціональним станом (ступенем секреторної активності) зоб поділяють на еутиреоїдний, гіпотиреоїдний та гіпертиреоїдний.

Дифузний нетоксичний зоб – частіше буває без порушення функції у дітей та підлітків, молоді.

Рекомендовано: "Келп" по 1 капсулі двічі на добу протягом трьох місяців. Келп – натуральний препарат, виготовлений із морських водоростей. Містить природний йод, 12 натуральних вітамінів та незамінних амінокислот. Йодомарин 1шт. 2 р. №30.

Зауважте: якщо у підлітків та молоді таку форму зоба не лікувати, то в зрілому віці – це буде вузлова форма, яка потребує оперативного втручання практично у всіх пацієнтів.

Від еутиреоїдного та гіпотиреоїдного зобу застосування йоду та йодовмісних препаратів доцільне, оскільки вони усувають йодну нестачу. Проте при гіпертиреоїдному зобі треба бути обережним, оскільки надлишок йоду може призвести не лише до гіперйодизму (підвищеної реакції на йод), а й до розвитку вторинного токсичного зобу. Тому на початку лікування та проміжних етапах доцільно визначати рівень гормонів щитоподібної залози. Якщо він збільшується, то вживання препаратів, що містять йод, слід обмежити. Проте зовсім відмінити препарат не доцільно, оскільки для щитоподібної залози йод необхідний. Якщо від йодовмісних препаратів кількість гормонів починає перевищувати норму, варто вводити до раціону рослини з родини хрестоцвітих, які містять тіокарбаміди та тіоціанати, – речовини, які порушують вироблення тироксину та зменшують вміст йоду в залозі.

Вузлові форми зобу лікуються оперативно, хірургічне втручання призначають індивідуально.

Дифузний токсичний зоб (Базедова хвороба, хвороба Грейвса, тиреотоксикоз (вироблення надмірної кількості тиреогенних гормонів), гіпертиреоз) – це важке нейроендокринне захворювання, проявляється такими симптомами як гіпертиреоїдизм та ураження очей. Захворювання полієтіологічне. Не виключається вплив таких чинників, як психотравма, інфекційні захворювання (ангіна, грип), захворювання жіночої репродуктивної сфери, проте всі фактори остаточно не з'ясовані.

За однією з найпоширеніших версій, всі негативні впливи ідуть через гіпофіз, що підвищує утворення тиреотропного гормона й зумовлює гіперплазію щитоподібної залози та гіперсекрецію.

Клінічна картина налічує близько 70 симптомів, проте найвираженішими є три основних: гіпертиреоїдизм, ураження очей – екзофтальм та ураження шкіри. Останнє трапляється рідше.

Гіпертиреоїдизм – це підвищення секреторної активності збільшеної щитоподібної залози, тобто вироблення надлишку гормонів, що зумовлює сильне психоемоційне напруження, дратівливість, плаксивість, тремтіння рук, серцебиття. Але буває і навпаки – апатичний стан при атипових формах токсичного зобу.

Офтальмологічний синдром: екзофтальм у 50% хворих, зниження гостроти зору.

Шкірний синдром – крихкість нігтів, набряк шкіри, що найчастіше виникає на гомілках.

Поєднання трьох головних симптомів: збільшення щитоподібної залози, тахікардія, екзофтальм мають назву Мерзебурзької тріади за назвою міста, де жив лікар-офтальмолог, який уперше виявив ці ознаки. Диференціальну діагностику проводять з неврозами, дистонією, ревматизмом.

Лікування як консервативне, так і хірургічне. Класичний препарат, який гальмує утворення тиреоїдних гормонів, – мерказоліл, а також карбонат літію (у дозі 1–2 г на добу).

Полегшують явища гіпертиреозу фітопрепарати, що містять валеріану, хміль. Вони усувають безсоння, перенапруження, дратівливість. Від шкірного синдрому призначають полівітаміни, які містять кальцій. Якщо позитивного результату від консервативного лікування немає, необхідно проконсультуватись з хірургом-ендокринологом щодо оперативного втручання.

Оперативне втручання – резекцію долі щитовидної щалом – це найбільш поширеий вид оперативного втручання, хоча все вирішується індивідуально.

Діагностика вузлового зобу не складна. У хворого відуалізується та пальпаторно визначається утворення в ділянці щитовидної залози щільної консистенції, рухливе при ковтанні, шкіра над ним не змінена. Під цим терміном об'єднують кистозний зоб, зоб з одним вузлом, множинними вузлами та дифузно-вузлові (змішані) форми. Вузлові форми зобу підлягають оперативному втручанню. Висока частота захворюваності вузловим зобом, а також можливість переходу у злоякісну пухлину заслуговує особливої уваги хі-

ургів-ендокринологів, як з точки зору діагностики, так і хірургічної тактики. Питома вага хворих на вузловий зоб складає від 42% до 98%.

Диференційну діагностику проводять з хронічним тіреоїдитом Хашимото, Ріделя та злоякісними утвореннями щитовидної залози. Лікування – оперативне, визначається індивідуально.

Запальні захворювання щитовидної залози (тиреоїдит або струміт)

Захворювання зустрічається порівняно рідко і провокується ангіною, грипом.

Гострий струміт – асептичне запалення, спостерігається при вузловому зобі, так і при незміненій щитовидній залозі. Нерідко розвивається за типом абсцесу, тому оперативне лікування необхідне. При гострому негнійному тиреоїдиті доцільним е призначення антибіотиків.

Існують також первинно хронічні запальні процеси в щитовидній залозі інфекційного генезу (туберкульоз, сифіліс, актиномікоз) та неінфекційної природи (тиреоїдит Хашимото та Ріделя).

Хронічні тиреоїдити. Найчастішою патологією є так званий тиреоїдит Хашимото, що становить 3–6% оперованих з приводу зобу. Це аутоімунний процес у залозі. Такі хворі звичайно підвищеного харчування, шкіра у них бліда, спостерігається тенденція до гіперхолестеринемії. Порушення функції залози виражається у її зниженні аж до гіпотиреозу, лише у 5–10% хворих – підвищення функції залози легкого або середнього ступеня.

Найбільш достовірною ознакою захворювання серед лабораторних досліджень є наявність антитіл у щитовидній залозі (виявляється у 90–97% хворих на тиреоїдит Хашмото.

Лікування консервативне із застосуванням тиреоїдину та трийод тироніну. При підозрі на злоякісне перетворення та рецидивний перебіг показане оперативне втручання.

ТИРЕОЇДИТ РІДЕЛЯ зустрічається вкрай рідко. Найчастіше хворіють жінки віком 30–40 років. Спочатку спостерігається асиметричне збільшення щитовидної залози, затим контурується односторонній бугристий вузол, помірно болючий при пальпації. Характерною особливістю клінічного перебігу тиреоїдиту Ріделя є поширення фіброзного процесу на оточуючі тканини та органи, що призводить до утворення обширного нерухомого запального інфільтрату. Розрізняють 3 стадії клінічного перебігу:

I – фіброзний процес не виходить за межі капсули;

II – фіброзний процес за межами капсули, симптоми стиснення сусідніх органів.

III – ураження фіброзним процесом сусідніх органів, утворення суцільного щільного інфільтрату. При односторонньому процесі функція щитовидної залози не страждає, при двосторонніх – в окремих випадках спостерігається гіпотіреоз.

Лікування оперативне, обсяг операції визначається індивідуально.

Консервативне лікування. Призначення тиреоїдину та тиреоїдних гормонів – традиційне лікування. Якщо воно не дієве, потрібне оперативне втручання – резекція щитоподібної залози. Проте, як ми вже говорили вище, обсяг оперативного втручання визначається індивідуально, тобто залежно від клінічного перебігу захворювання.

При пухлинах щитоподібної залози – лікування винятково оперативне (рак, аденома). При онкопатології виконують тотальну струмектомію. При аденомі – резекція залози.

Післяопераційна реабілітація: призначення гормонів щитоподібної залози – обов'язкова складова лікування, з метою корекції можливих розладів та ускладнень доцільне застосування препаратів фітотерапії.

Основними принципами профілактики рецидиву пухлини є:

– виведення токсинів;

– корекція мінерального балансу – особливо кальцієвого;

– підвищення імунорезистентності організму;

– стабілізація вітамінного балансу.

Запорукою нормального функціонування щитовидної залози є раціональне харчування, що включає продукти, збагачені йодом: морська капуста, риба: 100–150 г минтаю, наваги, тріски, хека забезпечують добову потребу йоду. Горбуша, кета, камбала, льодяна, скумбрія та оселедці містять в три рази менше йоду, але також корисні та смачні. Найбільше йоду містять морепродукти – креветки, кальмари, невелику його кількість містять м'ясо, крупи, молоко.

Найпростіший спосіб подолання йодного дефіциту – йодована сіль. Всього 7–10 г збагаченої йодом солі забезпечують дорослу людину добовою нормою цього мінералу. 20 г морської капусти також забезпечує постачання організму йодом. До того ж не зайвими будуть хурма, виноград, горіх.

Потреба йоду на день (рекомендації ВООЗ)

50 мкг – для дітей першого року життя
90 мкг – с 2 до 6 років
120 мкг – 7–12 років
150 мкг – для дорослих – від 12-ти років та старші
200 мкг – для вагітних та годувальниць.

Отже, збалансоване харчування є одним з основних факторів нормального функціонування щитовидної залози, яка, маючи багатофункціональні властивості, регулює значну частину життєвоважливих функцій.

Щоб запобігти захворюванням щитоподібної залози, доцільно вживати з профілактичною метою препарати, що містять йод. Вузлові малігнізовані (злоякісні) форми зобу, пухлини щитоподібної залози лікуються оперативно. Зволікання ставить під загрозу здоров'я, а інколи й життя пацієнта. Фітопрепарати корисні в доопераційному та післяопераційному періодах у поєднанні з медичними препаратами та оперативним втручанням.

Серединні та бокові кісти шиї

У практиці лікаря-хірурга досить часто трапляються серединні та бокові кісти шиї, як у дорослих, так і дітей. Це пухлиноподібні утворення, які часто імітують інші захворювання, що бувають у ділянці шиї. Така ситуація часто призводить до діагностичних помилок, що є особливо актуальним для лікарів-стоматологів, хірургів.

Серединні кісти шиї виникають із незарослої так званої язиково-щитоподібної протоки. Тобто коли щитоподібна залоза ще в період ембріонального розвитку опускається на своє місце на передній поверхні шиї, за нею утворюється язиково-щитоподібна протока. Вона частіше буває незарослою у верхньому відділі, а інколи (досить рідко) залишається незарослою по всій довжині, зберігаючи зв'язок з ротовою порожниною, і відкривається на поверхні кореня язика в ділянці слинного отвору. Протока покрита епітелієм слизової оболонки первинної глотки, яка продукує слиз.

Нориця серединної кісти утворюється внаслідок її нагноєння та інфікування через шкіру зовнішньо. Кіста або нориця розміщується на середній лінії шиї нижче під'язикової кістки (між нею та верхнім краєм щитоподібного хряща). Тривале існування нориці може призвести до малігнізації.

Діагноз ставиться на підставі клінічної картини та диференціального порівняння із захворюваннями щитоподібної залози та іншою патологією шиї. Лікування хірургічне радикальне. Радикалізм оперативного втручання полягає у повному усуненні протоки та кісти з видаленням сегмента під'язикової кістки.

Бокова кіста та нориця шиї мають іншу етіологію, тобто походять з елементів первинної глотки, так званих жаброких заглибин: II-ї та III-ї і формуються через порушення їх облітерації. Бокова кіста має інакший вигляд. Це утворення овальної форми, розташоване в ділянці сонного трикутника, спереду від кивкового м'яза, безболісне під час пальпації. Остаточний діагноз ставиться на підставі огляду та проведення пункційної біопсії.

Ускладнення кісти: нориця, флегмона, рідше – бронхогенний рак. Бокові нориці шиї можуть утворюватися внаслідок нагноєння кісти, але найчастіше мають вроджений характер. Фістули нориці можуть виникати на мочці зовнішнього вуха, в ділянці середнього вуха, мигдаликах.

Лікування – оперативне; проте повного радикалізму досягнути неможливо через складнощі протокового ходу. Тому треба усунути його чим вище у проксимальному напрямку.

Отже, серединні та бокові кісти шиї виникають здебільшого через вади ембріонального розвитку, діагностуються під час огляду, рентгентдослідження та потребують оперативного втручання, аби запобігти ускладненням.

Травматичні пошкодження органів грудної клітки

Травматичні пошкодження в наш техногенний час займають одне з провідних місць в структурі захворюваності.

Пригадуються мені перші роки трудової діяльності, кінець робочого дня і термінове звернення пацієнта, який випадково зайшов у поліклініку, приховуючи, що з ним сталася автопригода. Після ретельного обстеження, зібрання анамнезу, виявилося, що у хворого пневмоторакс. Пацієнт негайно був госпіталізований, проте найменше зволікання могло б вартувати хворому життя.

Пневмоторакс – розрив легень і вихід повітря у плевральну порожнину.

Розрізняють закритий та відкритий пневмоторакс.

Закритий пневмоторакс розвивається внаслідок поранення легень уламками ребер та надходження повітря у плевральну порожнину. Ступінь порушення функції легені зумовлений кількістю повітря, що накопичилось у плевральній порожнині та наявністю гемотораксу. Клінічні прояви захворювання характеризуються задухою, ціанозом; при аускультації на стороні ураження дихання послаблене або зовсім не прослуховується.

Рентгенологічне дослідження дає можливість виявити в плевральнії порожнині повітря. При диференціальній діагностиці необхідно виключити клапанний пневмоторакс, при якому показана невідкладна допомога.

Лікування проводиться у стаціонарі методом аспірації повітря за допомогою плевральної пункції, при неефективності консервативних методів необхідне оперативне втручання.

Відкритий пневмоторакс – виникає при пораненні грудної клітки, найчастіше при вогнепальному, ДТП, падінні з висоти. Стан хворих важкий: частий та слабкий пульс, шкіра та слизові бліді, може розвиватися травматичний шок, при вдиханні відмічається характерний звук всмоктування в рану повітря. Хворий потребує невідкладної допомоги – накладання оклюзивної пов'язки (лейкопластир, медичні рукавички, поліетиленова плівка), та перетворення відкритого пневмотораксу в закритий, транспортування хворого до стаціонару допустиме лише після накладання оклюзивної пов'язки у напівсядячому положенні. Під час транспортування здійснюють інгаляцію киснем, проводять протишокові заходи.

Клапанний напружений пневмоторакс є одним з найважчих ускладнень при пошкодженнях грудної стінки. Механогенез його зумовлений наростаючим накопиченням повітря в плевральній порожнині, прогресивним стисненням легені та зміщенням органів межистіння в здорову сторону. При цій патології стан хворого завжди важкий, спостерігається виражена задуха, ціаноз, відчуття страху, частий та слабкий пульс з падінням артеріального тиску; при аускультації дихання не вислуховується. Хворий потребує невікладкої допомоги, що полягає в екстренній аспірації повітря із плевральної порожнини за допомогою плевральної пункції, лише після видалення повітря з плевральної порожнини хворого транспортують до стаціонару.

За ступенем ефективності проведеного лікування та змінами рівня тиску в плевральній порожнині після аспірації повітря можна судити про наявність бронхо-плеврального сполучення.

Гемоторакс (накопичення крові в плевральній порожнині) – розвивається внаслідок поранення плеври, легені або артерії грудної стінки. При невеликих крововиливах хворі скаржаться на кашель, задуху, біль в грудній клітці, запаморочення. Основні ознаки прогресуючого гемотораксу, що супроводжуються масивними кровотечами: слабкість, падіння артеріального тиску, тахікардія. Лікування полягає у протишокової терапії в гемостазі та поповненні крововтрат. Плевральна пункція виконується лише після протишокової терапії. Враховуючи поєднану патологію (порушення дихальної функції, наростаюча постгеморагічна анемія) слід особливо ретельно дотримуватись правил асептики та антисептики при проведенні плевральної пункції, так як інфікування накопиченої крові може призвести до розвимтку емпієми плеври. Хворі потребують невідкладної госпіталізації до хірургічного стаціонару, де після обстеження вирішується питання про вибір методу оперативного втручання (пункції плевральної порожнини, дренування). Хворого з гемотораксом, що згорнувся, слід направити до спеціалізованого стаціонару.

Крім вищезазначених пошкоджень грудної клітки розрізняють ще: забій, струс, стиснення, переломи кісток, цо формують грудну клітку.

ЗАБОЇ грудної клітки виникають при падінні з висоти, від цілеспрямованого удару тупим предметом тощо, та супроводжуються крововиливом у м'які тканини. При незначних забоях допомога полягає у призначенні домашнього режиму, місцевого застосування холоду, аналгетичних препаратів, а в подальшому – фізіотерапевтичних процедур для розсмоктування гематом. При наявності значного накопичення крові під шкірою необхідна пункція або розтин тканин для випорожнення кишень та затьоків, при нагноєнні гематоми – лікування як абсцесу.

СТРУС – спостерігається при вибухах, залізничних та автомобільних аваріях. Найчастіше спостерігаються явища шоку, хворі перебувають у важкому стані, потребують невідкладної допомоги та госпіталізації до хірургічного стаціонару.

СТИСНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ (травматична асфіксія) може виникнути при обвалах, роботі з вантажами, на транспорті тощо. При стисненні грудної клітки спостерігається своєрідний симптомокомплес, який часто називають травматичною асфіксією. Внаслідок травми виникає повна або часткова затримка дихання з наступним підвищенням внутрігрудного тиску. В зв'язку з цим поруше-

ний відтік венозної крові, спостерігається розрив дрібних судин з утворенням точкових крововиливів на шкірі. При сильному стисненні інколи виникають переломи ребер та грудини. Клінічний перебіг ускладнюється посттравматичною пневмонією або серцевою недостатністю. Хворі скаржаться на біль в грудній клітці, задуху погане самопочуття, можуть спостерігатися кровотечі з носа та вух. При огляді спостерігаєтсья набряк обличчя, на шкірі голови, шиї, тулубі помітні дрібноточкові крововиливи. Обсяг допомоги визначається залежно від стану хворого та ускладнень, госпіталізація обов'язкова.

ЗАКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ СТІНКИ з пошкодженнями кісток спостерігаються порівняно часто. Небезпечними є переломи, що супроводжуються пошкодженням органів грудної порожнини з розвитком гемотораксу, пневмотораксу та підшкірної емфіземи. Пряма травма призводить до перелому ребер, дія значної сили призводить до перелому кількох ребер, розриву м'язів, судин, плеври. Переломи грудини зустрічаються порівняно рідко. Характерним для такої травми є порушення вентиляції легень та кровообігу. Хворі скаржаться на різкий біль в ділянці травми, що підсилюється при кашлю та фізичному напруженні. Пальпаторно визначається біль в ділянці перелома, крепітація уламків. При численних переломах швидко настає кардіоаспіраторна недостатність. Важливе значення має рентгенографічне дослідження, яке є обов'язковим.

Лікування при неускладнених переломах ребер та грудини полягає у знятті больового синдрому та призначенні препаратів кальцію. Медикаментозне лікування поєднують з фізіотерапевтичними процедурами та лікувальною фізкультурою. При важкій травмі хворого госпіталізують.

Одним з важливих компонентів комплексної терапії є усунення стиснення легені при гемо- та пневмотораксі. При уламкових переломах та вираженому порушенні дихання не виключається накладання трахеостоми. Проводять інгаляцію кисню. При численних переломах ребер з флотацією пошкодженої ділянки застосовують іммобілізацію за допомогою пластмасових шин за принципом постійного витягнення.

Отже, враховуючи, що пошкождення грудної стінки складають 10–12% всіх травм та посідають друге місце після черепно-мозкових травм, прогноз та наслідки лікування залежать від своєчасної діагностики та надання кваліфікованої допомоги.

Абсцес легень

Абсцес легень характеризується наявністю обмеженого накопичення гною у порожнині, що має стінки та супроводжується перифокальною запальною реакцією. Абсцес легені слід диференціювати з гангреною легень. Гангрена – це некроз легеневої тканини без чітких меж, що супроводжується важким станом хворого. Причиною захворювання є поєднання порушень дренажної функції легень, що виникає при пневмоніях, сторонніх тілах, пухлинах з розвитком гнійної інфекції. Абсцес легені може виникати і в результаті гематогенного або лімфогенного інфікування легеневої тканини при септичних станах, а також при відкритих та закритих пошкодженнях легень.

Клінічні прояви абсцесу легені зумовлені фазою розвитку запального процесу. В період формування абсцесу та гнійної інфільтрації захворювання має багато спільних ознак з пневмонією та характеризується загальним важким станом, високою температурою, болями у грудній клітці, інтоксикацією, наявністю лейкоцитозу з вираженим зсувом вліво. Рентгенологічне дослідження дозволяє виявити тінь на обмеженій ділянці легень, лише в окремих випадках за допомогою томографа вдається виявити обмежену порожнину. Через 10–12 днів гнійне вогнище проривається у бронх та викликає кашель з виділенням великої кількості харкотиння з неприємним запахом. Дренування абсцесу покращує стан хворого: знижується температура, з'являється апетит, зменшується інтоксикація. Можливість одужання визначається ступенем випорожнення абсцесу, станом імунобіологічних сил організму, якістю проведеного лікування та віком хворого. При недостатньому дренуванні абсцесу через бронх, особливо у слабких людей, гнійний процес триває з властивими йому закономірностями: вражаються нові ділянки легеневої тканини, прогресує гнійна інфільтрація, погіршується загальний стан хворого. Абсцес може розкритися не тільки через бронх, але і в плевральну порожнину. За таких обставин помітно погіршується стан хворого, а клінічні прояви ускладнюються виникненням піопневмотораксу та інших ускладнень, пов'язаних з наявністю гнійного плевриту. Раціональне лікування з достатнім дренуванням абсцесу та застосуванням антибіотиків веде до одужання через 1,5–2 міс. Пізня діагностика, недостатнє випорожнення гнійної порожнини, неповноцінне лікування, інші фактори призводять до формування хронічного абсцесу.

Діагностика гострого абсцесу легені ускладнена у фазі гнійної інфільтрації, коли клініка захворювання нагадує пневмонію. Постійним симптомом у цей період є біль в грудній клітці, кашель з мокро-

тою, висока температура тіла. Дані перкусії та пальпації в поєднанні з рентгенологічним обстеженням здебільшого дозволяють поставити правильний діагноз. Друга фаза розвитку запального процесу характеризується проривом гною у бронх, великою кількістю мокроти, наявністю порожнини з рівнем рідини, зменшенням інтоксикації. Диференціальна діагностика гострого абсцесу легені проводиться з кавернозним туберкульозом, актиномікозом, ехінококом, нагноєнням кісти легені, осумкованим міждольовим плевритом та вогнищевою пневмонією. Кавернозний туберкульоз виключають в результаті багаторазового бактеріологічного дослідження мокроти, рентгенологічних даних та анамнезу. При актиномікозі уражаються інші органи, у мокроті виявляють друзи, діагноз підтверджується даними рентгенографії. Паразитарні та непаразитарні кісти мають легший перебір без явищ важкої інтоксикації. Встановленню діагноза допомагають результати рентгенографічних обстежень.

Лікування гострого абсцесу легень залежно від фази його розвитку буває консервативним та оперативним. В період лікування можуть виникати різноманітні ускладнення: емпієма плеври, кровотеча, утворення бронхіальної нориці, аспірація гною у здорову легеню тощо. Профілактика гострого абсцесу легень полягає у попередженні пневмоній, раціональному та своєчасному їх лікуванні.

Хронічні абсцеси легень бувають одиничні та множинні та характеризуються розвитком гнійного бронхіту та перибронхіту з переходом у пневмосклероз, виникненням вторинних бронхоектазів, чередуванням періодів ремісій та загострень. Тривала інтоксикація значно виснажує організм, в зв'язку з чим він потребує цілеспрямованої та повноцінної підготовки. Основними симптомами хронічного абсцесу легень є: кашель з виділенням гнійної мокроти, кровохаркання, біль у грудній клітці, підвищення температури тіла, "барабанні пальці", зміна форми грудної клітки. Важливе значення має бронхографія та бронхоскопія.

Отже, повноцінне обстежння, проведення протирецидивного лікування відіграє суттєве значення у виборі методу оперативного лікування та визначення послідовності його етапів.

Гнійний плеврит

Гнійний плеврит найчастіше є ускладненням гнійних уражень різних органів. З-поміж причин виникнення гнійного плевриту перше місце належить абсцесу легень, а також гострій пневмонії, гангрені легень, проникаючим пораненням грудної клітки, паразитарним та непа-

разитарним кістам легень, гострим захворюванням черевної порожнини через анастомози лімфатичних судин (апендицит, холецистит, панкреатит, проривна виразка шлунка). У зв'язку із різновидністю мікрофлори гнійні плеврити поділяють на: стрептококові, пневмококові, стафілококові та змішані, за локалізацією гнійного вогнища розрізняють; вільні емпієми, осумковані, багатокамерні, міждольові, пристінково-базальні, парамедіастінальні, верхівково-латеральні. За патологоанатомічними вимірами: гнійні, гнилісні, гнійно-гнилісні процеси.

Клінічні прояви гнійного плевриту складаються із симптомів основного захворювання, яке нерідко має украй складний перебіг та ознаки гнійного ураження плеври. На фоні основного захворювання у хворих проявляється різкий кольковий біль на стороні ураження плеври, підсилюючись під час дихання та кашлю, при збільшенні ексудату в плевральній порожнині у хворого з'являється задуха, погіршується загальний стан, під час огляду спостерігається деяке відставання у диханні хворої половини грудної клітки, розширені міжреберні проміжки: при аускультації – послаблення голосового тремтіння, обмеження екскурсії легені. На початку захворювання у деяких хворих прослуховується шум тертя плеври, сухі та вологі хрипи, при подальшому прогресуванні захворювання збільшується кількість гнійного вмісту в плевральній порожнині, біль стає слабшим, з'являється важкість та розпирання у грудній клітці, температура тіла досягає 39–40°С. На фоні симптомокомплексу місцевих проявів захворювання у хворого знижується апетит, погіршується сон, підсилюється слабкість.

У діагностиці захворювання надзвичайне значення має рентгенологічне дослідження. За допомогою цього методу виявляється рівень рідини в плевральній порожнині, її прозорість, ступінь зміщення серця та великих судин. Лабораторне дослідження виявляє у хворого лейкоцитоз із зсувом формули ліворуч, збільшення ШОЕ. Для підтвердження діагнозу та визначення властивостей збудника виконують плевральну пункцію. Пункцію плевральної порожнини роблять із дотриманням асептики під місцевим знеболенням із застосуванням 15–20 мл 0,5% розчину новокаїну довгою голкою з широким діаметром. Місце пункції визначається в центрі найбільшої тупості по серединій або задньо-аксілярній лінії. Інколи під час пункції не вдається одержати гній: невдача може пояснюватися особливостями локалізації гнійного процесу (багатокамерні гнійні порожнини) або наявністю густого гною у плевральній порожнині. Під час лікування гнійного плевриту шляхом періодичної аспірації гнійного вмісту плевральні листки наближаються та склеюються, що може призвести до осумкованого плевриту.

Осумкований плеврит має ту ж симптоматику, проте інтоксикація виражена менше, перебіг легший. При осумкованих плевритах перкуторні та аускультативні дані мало інформативні, діагноз підтверджується рентненологічним дослідженням та пробною пункцією, проте діагностувати його важко, оскільки клінічні прояви його майже ідентичні з основним захворюванням (абсцес, гангрена, пневмонія). Гнійний плеврит за перебігом подібний до інших захворювань легень, що супроводжуються випотом у плевральну порожнину (нагноєна кіста, піддіафрагмальний абсцес, нагноєний ехінокок). При нагноєних кістах інтоксикація менше виражена, загальний стан не такий важкий, як при плевриті, кашель супроводжується рясним харкотинням. Рентгенографія дозволяє визначити чіткі контури кісти та її круглу або овальну форму.

Проводячи діференціальну діагностику з абсцесом легень слід зауважити, що при абсцесі також має місце виражена інтоксикація, висока температура, болі у грудній клітці, поганий сон та апетит. Проте важливими є перкусія та аускультація; при абсцесі прослуховуються вологі та сухі хрипи, послаблення дихання, при плевриті дихальні шуми частіше відсутні. При дренованому абсцесі кашель супроводжується рясним виділенням мокроти, інколи з домішками крові. Остаточну ясність в діагностику вносить рентгенографія у 2-х проекціях. На рентгенограмі чітко визначаються межі абсцесу, "симптом кошика", рівень рідини та перифокальна запальна реакція. Найскладніша диференційна діагностика осумкованого плевриту з абсцесом легень. Існує чимало спільних симптомів гнійного плевриту та піддіафрагмального абсцесу: біль у грудній клітці, інтоксикація, висока температура тіла, слабкість та інші ознаки гнійного процесу. Суттєве значення у диференціальній діагностиці цих захворювань має анамнез: перенесена операція на жовчних шляхах, проривна виразка та інші оперативні втручання з приводу екстрених захворювань органів черевної порожнини дають підстави діагностувати піддіафрагмальний абсцес. При піддіафрагмальному абсцесі часто визначається виражений біль, напруження м'язів у підреберній ділянці, інколи буває збільшена печінка та жовтяниця.

Лікування може бути ефективним при адекватній терапії первинного захворювання, що ускладнилося гнійним плевритом. Всі методи лікування емпієми плеври поділяються на закриті та відкриті. Із закритих методів широке поширення одержало видалення гною з плевральної порожнини методом аспірації через пункцію та дренування грудної порожнини з введенням антибіотиків. Постійна

активна аспірація гнійної рідини з плевральної порожнин сприяє очищенню гнійної порожнини та одужанню. Відкритий метод полягає у широкому розкритті плевральної порожнини та дренуванні гнійного вогнища. Крім аспірації гною та дренування плевральної порожнини проводять також корекцію білкового та водно-електролітного обміну, покращення імунорезистентності організму.

Значні труднощі в діагностиці виникають у разі поєднання реактивного плевриту та піддіафргмального абсцесу.

Недосконала санація плевральної порожнини призводить до хронічного гнійного плевриту, ознаками якого є субфебрільна температура, інтоксикація. На фоні вдаваного одужання, настає рецидив. Диференціальну діагностику хронічного гнійного плевриту проводять з остеомієлітом ребер, грудини, хребця.

Консервативне лікування хронічних гнійних плевритів: малоефективне. Оперативне лікування спрямоване на ліквідацію залишкової порожнини та закриття плеврально-бронхіальної нориці.

Отже, запобігти розвитку плевриту може ретельне лікування основного захворювання, підвищення імунорезистентності, дотримання режиму та схеми лікування.

Бронхоектази

Бронхоектази посідають значне місце серед хронічних запальних захворювань легень та поділяються на вроджені та набуті. При вроджених бронхоектазах симптоми захворювання проявляються після перенесених пневмоній, бронхіту та інших запальних процесів. Набуті первинні бронхоектази розвиваються, зазвичай, у дитячому віці після кору чи коклюшу. Клінічний перебіг має свої особливості і найчастіше проявляється у молодому віці. У порівнянні з хронічнім абсцесом, нагноєною кістою та пневмонією, перебіг бронхоектазів більш доброякісний. У період ремісій температура тіла нормалізується, лише інколи може бути субфебрильною. Менше виражена інтоксикація, загальний стан хворих задовільний. Основниою ознакою захворювання є постійний кашель з виділенням слизово-гнійної мокроти. У період загострень при первинних бронхоектазах підвищується температура тіла, збільшується кількість мокроти. Під час ремісії паралельно із зниженням температури тіла зменшується кількість мокроти. Диференціюючи бронхоектази та абсцеси легень слід пам'ятати, що абсцеси при загостренні характеризуються зниженням кількості мокроти, підвищенням

температути, а у фазі ремісії рясно починає виділятися мокрота та нормалізується температура тіла.

Клініка бронхоектазів, особливо у пізніх стадіях їх розвитку має такі ознаки: кашель з виділенням слизово-гнійної мокроти, біль у грудні клітці, підвищення температури тіла, "барабанні пальці" тощо. Ретельний анамнез дає можливість вияснити початок захворювання – у більшості хворих у віці до 20-ти років. Мокрота виділяється не тільки при кашлі, але й при зміні положення тіла. Хворі часто звертаються за допомогою і бронхоектази нерідко приймають за пневмонію чи бронхіт. Інколи спостерігається кровохаркання. При аускультації у хворих на бронхоектази вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи. Одним з основних методів обстеження є бронхографія та бронхоскопія, що дає можливість виявити циліндричні та мішковидні розширення бронхів. На відміну від інших запальних захворювань легень, при бронхоектазах тривалий час зберігається задовільний стан хворого при значних змінах у легенях.

Лікування проводять у стаціонарі із застосуванням дренажа, ендотрахеального введення антибіотиків та протеолітичних ферментів, фізіотерапевтичініих методів. При неефективності консервативного лікування показане оперативне втручання.

Основні захворювання молочної залози

Молочна залоза – парний орган, розташований на рівні 3–6 ребер, складається з 15–20 дольок, які є чистими апокриновими залозами, відкриваються і мають власну протоку, потім вони об'єднуються, утворюючи спільну протоку, яка відкривається у ділянці соска. Дольки відмежовані сполучною та жировою тканиною. Кожна залоза розділяється на 4 квадранти: 2 верхні: зовнішній та внутрішній та нижні: зовнішній та внутрішній. Молочні залози перебувають під контролем гормонів яєчника та гіпофіза, гормональне регулювання починається з 10–12 років, яке забезпечується гормонами: фолікулостимулюючим та лютеїнстимулюючим, котрі діють на придатки (яєчники), що виділяють естрогени, які впливають на молочну залозу. У менопаузі концентрація гормонів знижується, відбуваються інволютивні зміни.

70% обстеження молочної залози – це самообстеження. Щомісяця в середині менструального циклу перед дзеркалом необхідно його проводити.

На які моменти звернути увагу:

– симетричність сосків;
– наявність деформації;
– наявність вип'ячування;
– зміни шкіри;
– виділення із соска.

Обстеження необхідно робити із опущеними та піднятими руками. Під час пальпації молочної залози звертається увага на однорідність тканини залози, наявність пухлини. Оглядають у горизонтальному та вертикальному положенні.

У жінок, що не народжували, ризик виникнення захворювань молочної залози у 3–4 рази вищий, збираючи анамнез, лікар детально з'ясовує термін виникнення патології, а також, скільки жінка мала вагітностей та пологів.

Із додаткових методів обстеження необхідним є проведення мамографії. Американські лікарі рекомендують виконувати її за такою шкалою: 35–40 років – 1 раз у 5 років; 40–50 років – 1 раз у 2 роки, старшим 50-ти років – щорічно.

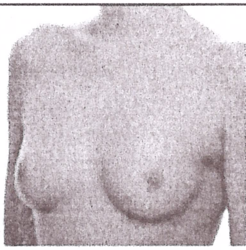
Виконіють також ультразвукове дослідження молочної залози.

Всі обстеження рекомендовано робити у першій половині менструального циклу, точніше – 8–14-й день.

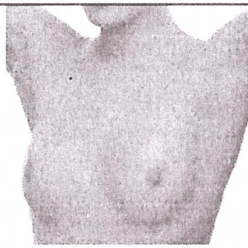
Мастит – (гострий та хронічний) – інфекційне захворювання молочної залози. У 90% – це "першородки". До групи ризику входять жінки з ускладненим акушерським анамнезом, а саме: кровотеча під час пологів, ручне виділення плаценти, що призводить до зниження імунорезистентності, а також наявність стафілококової інфекції, вогнищем якої є каріозні зуби, мигдалики, запалення внутрішніх статевих органів. При лактостазі: зціджування, фізіотерапевтичні процедури. При розвитку гнійно-септичної форми захворювання – оперативне втручання і ведення хворого з гнійною раною.

Мастодинія – зміни у молочних залозах з переважанням больового синдрому, що характерне для передменструального періоду. Частіше спостерігається на фоні загального неврозу та функціональних змін. Характерне для молодих жінок. У зв'язку з цим природним чинником корекції є вагітність та пологи з подальшою лактацією.

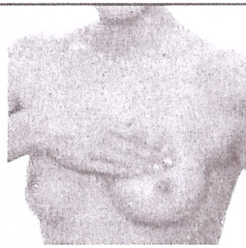
Мастопатія (Хвороба Реклю, Шиммельбуша, кістозна хвороба, фіброаденоматоз, склерозуючий аденоматоз) зустрічається у віці 30–50 років. Захворювання поліетіологічне: порушення функції центральної нервової системи, гіпоталамо-гіпофізарної системи, яєчника,



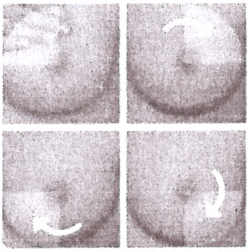
1) Огляньте перед дзеркалом форму грудей і зовнішній вигляд шкіри та сосків.



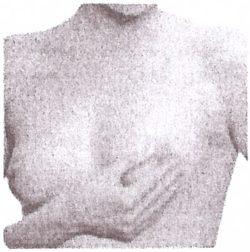
2) Підніміть руки вгору й огляньте свої груди, спочатку спереду, затим з обох боків.



3) У положенні стоячи натисніть на груди трьома середніми пальцями руки.



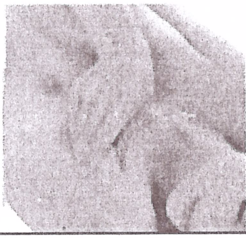
4) Почніть з горішньої зовнішньої четверті – тканина тут зазвичай щільніша і далі дійте за годинниковою стрілкою.



5) Затим стисніть кожний сосок окремо між великим і вказівним пальцями, подивіться чи виділяється рідина.



6) Продовжіть огляду у положенні лежачи – знову по колу, кожну четверть по порядку.



7

Рекомендації для самообстеження молочних залоз

наднирників, щитоподібної залози. Важлива роль у розвитку мастопатії належить пролактину та порушенням у співвідношенні естрогенів та прогестерона, а також підвищенню фолікулостимулюючого гормона гіпофіза. Під впливом ендокринних порушень змінюється циклічність фізіологічних процесів у тканині молочної залози, що створює умови для розвитку дисгормональної гіперплазії.

Клінічні прояви: болючі нагрубання молочних залоз, що підсилюються у передменструальний період, виділення із соска, що мають серозний характер, можуть бути у вигляді молозива, а також зеленуваті та бурі. Під час пальпації молочних залоз визначається груба дольчастість, тяжистість, дрібна зернистість, ущільнення структури залози, виражені неоднаково в одній з молочних залоз. Найчастіше ці зміни виявляються у верхньо-зовнішніх квадрантах та центральній зоні залози. Симптоми та клінічні прояви дифузної мастопатії можуть бути непостійні, періодично підсилюватися або зменшуватися. При дифузній мастопатії поряд з ділянками нормальної структури мають місце різко гіперплазовані та атрофічні дольки, оточені сполучною тканиною з ділянками гіалінозу. Поміж сполучної тканини видно кісти – від макроскопічних до кількох сантиметрів у діаметрі.

Вузлова мастопатія характеризується появою постійних ділянок ущільнення. Під час захвату між пальцями мастопатичний вузол часто визначається, а за притиснення долонею до грудної стінки він зникає (Симптом Кеніга).

Загальноприйнятої класифікації мастопатій, яка б задовольняла вимоги як клініцистів, так і морфологів, не існує. Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала сучасну гістологічну класифікацію доброякісних захворювань молочної залози в 1984 р.

Гістологічна класифікація доброякісних пухлин молочної залози (ВООЗ, 1984):

I. Епітеліальні пухлини: 1) Внутрішньопротокова папілома; 2) Аденома соска; 3) Аденома: тубулярна, з ознаками лактації. 4) Інші.

II. Змішані сполучнотканинні та епітеліальні пухлини: 1) фіброаденома; 2) листковидна пухлина.

III. Інші типи пухлин. 1) пухлини м'яких тканин; 2) пухлини шкіри.

IV. Некласифіковані пухлини.

V. Дисплазія молочної залози (фіброзно-кістозна хвороба).

VI. Пухлиноподібні процеси: 1) Ектазія протоків; 2) Запальні псевдопухлини; 3) Гамартома; 4) Гінекомастія; 5) Інші.

Мастопатія є мультифакторним захворюванням, пов'язаним як з генетичними чинниками, так і впливом довкілля.

Встановлено ряд чинників ризику, які характеризуються індивідуальною схильністю до даної патології – вони не визначають розвиток захворювання, а суттєво збільшують ризик його розвитку.

До основних чинників ризику розвитку дисгормональних захворювань молочних залоз належать:

– спадковий чинник;

– гормональний чинник;

– особливості або патологія репродуктивного анамнезу;

– недостатня або тривала лактація;

– віковий чинник:

– органні чинники;

– травми;

– мастит;

– дієтичні чинники;

– паління:

Повне обстеження стану молочної залози здійснюється з використанням так званого "потрійного тесту", запропонованого Американським Онкологічним товариством (1996), який у модифікації для жінок, молодших 35 років, є таким:

– клінічне обстеження молочних залоз;

– УЗД;

– за наявності патології – тонкоголкова аспіраційна біопсія з цитологічним дослідженням матеріалу.

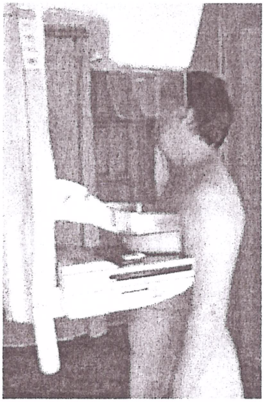
У жінок, старших 35-ти років з метою інструментального обстеження використовують мамографію.

Практичні лікарі частіше користуються клінічною класифікацією дисгормональних дисплазій:

I. Дифузна мастопатія.

1) дифузна мастопатія з переважанням залозистого компонента (аденоз);

2) дифузна мастопатія з переважанням фіброзного компонента (фіброаденоматоз);



3) дифузна мастопатія з переважанням кістозного компонента;

4) змішана форма дифузної мастопатії (фіброзно-кістозна мастопатія).

II. Вузлова мастопатія.

III. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні процеси:

1) аденома;

2) фіброаденома;

3) внутрішньопротокова папілома;

4) кіста.

IV. Особливі форми:

1) листкоподібна (філоїдна) пухлина.

Лікування мастопатії:

Лікування вузлової мастопатії хірургічне, робиться секторальна резекція з невідкладним гістологічним дослідженням препарата. Слід зазначити, що, здійснивши операцію, ми усуваємо лише наслідки, а причина лишається, тому у післяопераційному періоді лікування те ж саме, що за дифузних форм.

Принципи лікування дифузної мастопатії:

Лікування мастопатії комплексне, що складається з немедикаментозної частини та медикаментозної.

Немедикаментозне лікування:

1. Нормалізація статевої та репродуктивної функції.

1.2. Корекція дієти:а)продукти, що містять клітковину (зелень, хліб грубого помолу); б) фрукти та овочі (цитрусові, морква, шипшина, капуста, родзинки, курага); в) риба та морепродукти.

1.3. Раціональний режим фізичної активності, особливо плавання.

1.4. Подолання стресових ситуацій, покращення емоційного стану.

1.5. Обмеження шкідливих впливів фізичних факторів, уникати тривалого перебування на сонці, обмеження відвідання солярію.

1.6. Вибір бюстгальтера (відповідної форми та розміру).

Медикаментозне лікування:

1. Вітаміни (А, В, С, Е) в помірних дозах: вітамін А (ретинол) 1–2 драже в день тривалістю до 3-х місяців; вітамін Е (токоферолу ацетат) по 1 капсулі (200 МО) 1 раз на добу тривалістю 2 місяці, курс повторити через 2 місяці; вітамін B_6 (піридоксин) одна таблетка (0,005 г 2 рази на добу) протягом 30 днів; вітамін С (аскорбінова кислота) по 0,3 г 2 рази на день протягом 20-ти днів, курс повторити через 10 днів, після чого переходять на профдозу: 0,05–0,1 г на добу).

1.2. Нестероїдні протизапальні препарати. Призначають 6–8 днів до початку циклу або з 16-го по 25-й день циклу протягом 3-х місяців – при вираженому больовому синдромі.

1.3. Гепатопротектори: легалон, карсил, дарсил, гепабене, силімарин, гепатофальк, есенціале. Лікування проводять курсами по 3 місяці через 1–2 мясяці можна повторити.

1.4. Психотропні препарати: настоянка валеріани, пустирника, пасифлори, мікстура Кватера.

1.5. Фітопрепарати: мастодинон (по 30–50 крапель 2 рази на день протягом 3-х місяців); Ременс(корисний для жінок старшої вікової групи).

1.6. Корекція функції щитовидної залози (лікування разом з ендокринологом).

1.7. Гормонотерапія: а) естрогенотерапія (при дефіциті естрогенів) синестрол, октестрол по 0,5–1,1 мг 1–2 рази на день з 5–7 по 10–14 день циклу); б) прогестеронна терапія (при дефіциті гормонів жовтого тіла) – прегнін 5–10 мг 2–3 рази на день за 8–10 днів до початку циклу; фарестон по 25 мг на добу протягом 3–6 місяців; тамоксифен 10 мг на добу 2–3 місяці. Місцево використовується прожестожель-гель; в) блокатори гіпофізарних гормонів (бромкрептин 1/4 таблетки 1 раз в день під час їжі у другій фазі циклу, з 10–25 дня не менше 4-х місяців, особливо при галакторреї; г) андрогенотерапія – призначається жінкам після 45 років в період клімаксу. Детальнішу схему гормонотерапії рекомендується погодити з гінекологом-ендокринологом та мамологом.

1.8. Лікування димексидом (щоденні аплікації 30–50% водного розчину на 15–20 хвилин протягом 1 місяця). При вираженому больовому синдромі можна поєднувати з диклофенаком-гелем.

1.9. Ензимотерапія: флогензим по 3 таблетки на день протягом місяця; вобензим від 5–10 драже 3 рази на день; вобе-мукос по 3 драже 3 рази на день. При болях в молочній залозі можна використовувати зовнішньо мазь і дозу наносити на кожну залозу 1–2 рази на день.

Харчування та молочна залоза

Наукові дослідження доводять вплив багатьох продуктів харчування на стан здорорв'я молочної залози.

Безсумнівним корисним впливом володіють вітаміни та макроелементи, що містять фактори, які попереджають розвиток пухлин. Перш за все – це вітаміни А, С, Е, групи В, фолієва кислота; мікроелементи: селен, залізо, цинк, мідь, йод. Особливе значення мають селен та цинк. Селен забезпечує роботу одного з основних ферментів у захисній системі людини – селенозалежної глутатіонпероксидази, при недостачі якого клітини людини залишаються незахищеними від несприятливих факторів, наприклад стресу, радіації. Селен сприяє перетворенню гормона щитовидної залози в його активну форму. Нестача селену супроводждується сухістю шкіри, випаданням волосся. Селен підвищує виробіток імунних тіл, знижує алергізацію, блокує важкі метали. Основним джерелом селену в їжі є риба, морепроодукти та неочищене зерно.

Цинк – необхідний для здорового функціонування усіх клітин нашого тіла. Добова потреба у цинку 15 мг, недостача якого призводить до дисбалансу репродуктивної системи. Важливим його джерелом є мідії, м'ясо, горіхи, кунджут, соняшникове та гарбузове насіння. Неста-

ча цинку призводить до дисбалансу статевої системи, токсикозу вагітних, затримки росту плоду, ускладнення пологів та лактації.

Аскорбінова кислота – вітамін С, підсилює опірність несприятливим факторам. За нестачі вітаміну С спостерігається апатія, кволість, підвищена втомлюваність, кровоточивість ясен, гіпотонія, схильність до кровотеч. Вітамін С є сильним антиоксидантом, що гальмує виникнення раку молочної залози.

Добову дозу вітаміну С забезпечують 2–3 яблука або апельсина, 150 г салату із свіжої або квашеної капусти, склянка свіжого яблучного соку.

Ретинол – вітамін А міститься у молоці, вершковому маслі, олії, сирі, яйцях, печінці, жирі тріски, палтуса. Каротин (провітамін А) – в зеленому горошку, червоному солодкому перці, петрушці, салаті, шпинаті, абрикосах, шипшині. Вітамін А та бета-каротин попереджають виникнення пухлин. В зимові місяці доцільно вживати його у вигляді синтетичного препарату протягом 2–3 місяців.

Вітамін Е – токоферол міститься у рослинному маслі: кукурудзяному, соєвому, оливковому, ним багата обліпиха, гречка, горіхи, оливки. 150 г гречаної каші або півсклянки горіхів містять добову дозу вітаміну Е.

Для підвищення імунорезистентності організму в т.ч. і до онкопатології, є часник. Свою багатокомпонентну дію (пробіотик, антиоксидант, знижує рівень холестерину, покращує мікроциркуляцію крові) йому забезпечує складна органічна речовина – аллацин, яка має специфічний запах та смак. Він багатий на вітаміни С, B_6, мінерали: калій, кремній, фосфор, містить кварцетин та біофлаваноїди. Часник слід вживати щодня по 2–3 зубка, додавати до салатів; можна використовувати також і дикорослий часник – черемшу.

Цілющимим властивостями володіють свіжі помідори, 100 г яких забезпечують третину добової потреби у вітаміні С. Крім того томати містять калій, магній, кальцій, залізо та цинк. А основне – помідори містять речовину лікопен, яка захищає клітини організму і запобігає онкозахворюванням. Високий вміст хрому допомагає вгамувати голод, а калорій вони містять мало лише 22 ккал/100 г.

Багатими на вітаміни та мікроелементи є наші повсякденні овочі: цибуля, морква, буряк, виноград, а також інжир, манго, авокадо, що останнім часом все частіше з'являються у нашому раціоні.

Справжнім цілителем для молочної залози є бузина чорна. Вона належить до родини жимолостевих. Особливу цінність мають плоди – тринасінна кістянка чорно-фіолетового кольору. Сік плодів

бузини чорної має послаблюючі та спазмолітичні властивостів. Він містить органічні кислоти, мікроелементи, зокрема йод, аскорбінову кислоту та ретинол. Рекомендується вживати бузину протягом 2–3 місяців. Приготувати її можна дуже просто: перекрутити на м'ясорубці, 5–6 шарів перекласти цукром, настояти протягом 14 днів і вживати по 1–2 ложки на день. Можна відцідити сік, але доцільно вживати і самі ягоди, бо в них багато клітковини.

Надзвичайно корисними є трав'яні чаї, приготовані з листків суниці, звіробою, кропиви, ромашки, календули. В будь-яких комбінаціях їх беруть у співвідношенні 1:1:1. Одну столову ложку залити 0,5 л окропу, настояти протягом 12-ти годин, пити по 1 склянці а день з 14-го дня циклу.

Слід обмежити надмірне вживання висококалорійної їжі з високим вмістом тваринних жирів, вершкового масла, сала, квасолі, смажених та гострих страв, а також алкоголю, хоча не зашкодить 1/2 склянки червоного вина, що містить расфератрол. Бажано обмежити мариновані, копчені та в'ялені продукти, не зловживати кавою, чаєм. Абсолютно несумісне із захворюванням молочної залози куріння.

Правильна постава – запорука красивого та здорового бюста. Зміцнює м'язи грудної клітки плавання, волейбол, теніс.

Отже, профілактикою мастопатії є відмова від синтетичної білизни та тісних бюстгальтерів. Слід уникати травм, тривалого перебування під прямим промінням сонця. Позитивно на стан молочної залози впливають пологи, лактація, раціональна дієта (морепродукти, рослинна їжа, рослинні жири), плавання, позитивні емоції.

Лікування патологоії молочної залози сугубо індивідуальне, тому слід відвідувати лікаря та дотримуватися його рекомендацій.

Рак молочної залози

Рак молочної залози (карцинома молочної залози за міжнародною класифікацією) – це незріла злоякісна пухлина із залозистого епітелію. В структурі захворювання молочної залози РМЗ складає 2% . В Україні 44–49 випадків на 100 тисяч населення. В Узбекистані цей показник в 3 рази менший. Чим нижча народжуваність – тим більший ризик та відсоток захворюваності на рак молочної залози.

Клініко-анатомічна класифікація РМЗ:

1. Вузлова форма.

2. Дифузна форма: а) набряково-інфільтративна; б) маститоподібна; в) бешихоподібна; г) панцирна.

3. Рідкі форми: а) рак Педжета (екземоподібна, псоріазоподібна, виразкова, пухлинна; б) атипові та інші форми.

ЛІКУВАННЯ: комплексне, що включає хірургічну операцію, хіміотерапію, променеву тнрапію.

Починаючи з середини 16-го століття і до нашого часу виконували оперативне втручання, що полягає у видаленні молочної залози з грудними м'язами. Проте, починаючи з 70-х років 20-го століття, все більш поширеними стали органозберігаючі оперативні втручання, можливі при невеликих розмірах пухлини. Одним із методів органозберігаючої операції є квадрантектомія з лімфодиссекцією (видаленням пахвових лімфовузлів).

У світі проводяться дослідження по вивченню можливості застосування консервативних методик оперативного втручання. Лампектомія (видалення вузла) або туморектомія полягає у видаленні пухлинного вузла, відступаючи 2–3 см від її краю. Дану методику поєднують з променевою терапією.

Від лікаря-хрурга поліклініки вимагається проводити профілактиичну та роз'яснювальну роботу з жіночим населенням про необхідність своєчасного клінічного та інструментального обстеження молочних залоз, лікування дисгормональних захворювань, а за підозри на рак негайно звернутись до онколога. Можливість виконання органозберігаючих операцій ще раз підтверджує необхідність профілактичних оглядів та інструментальних обстежень (УЗД, мамографія). Зазначені заходи дають можливість попередити захворювання, а в разі потреби вчасно пролікувати за сучасними технологіями.

Дороякісні захворювання шлунка та передракові стани

На жаль, ця смертельно небезпечна хвороба досить поширена. Тому людям варто знати передусім, що передує раку, що робити, аби уберегтися від нього.

Найчастіше причинами виникнення раку шлунка бувають:

1. Хронічний атрофічиний та анацидний гастрит – 50% ;

2. Виразкова хвороба шлунка – 46% . Малігнізація (перетворення на рак) кукси шлунка після оперативного втручання, яка малігнізується частіше, ніж сама виразка;

3. Поліпи шлунка – 4% .

Гастрит – запалення слизової оболонки шлунка. Характерним для нього є відрижка, біль після вживання їжі. Хворі мають астеніч-

ний вигляд, під час пальпації відчувають біль в епігастрії. При фіброгастроскопії – атрофія слизової, біль, складчастість не виражена. Лікування – консервативне. Це передусім, дієта; дотримання режиму харчування, оскільки вживання їжі пов'язане з виділенням шлункового соку; лікування мінеральною водою.

Хворим потрібно виконувати раз на рік фіброгастродуоденоскопію, оскільки ці пацієнти входять до групи ризику.

Виразкова хвороба шлунка характерізується болем в епігастральній ділянці. Періодичні загострення мають сезонний характер, виникають навесні та восени. Біль пов'язаний із вживанням їжі, найчастіше дошкуляють голодні болі. Не менш важливою ознакою є блювота з домішками крові. Найважливішим сучасним обстеженням є фіброгастродуоденоскопія (ФГДС), яка дає до 98% інформативності. Під час обстеження слід звертати увагу на розміри, локалізацію, характер виразки. У разі потреби проводять забір матеріалу із 4–6 місць для патогістологічного обстеження.

Неускладнені виразки лікують консервативно протягом 1–2 місяців. Це – дієта, медикаментозна терапія. Після цього контрольна гастроскопія. Хворі перебувають під диспансерним наглядом, потребують періодичного обстеження та санаторно-курортного лікування.

Якщо позитивного результату немає – рана не гоїться, збільшується, формується стеноз, оперативне лікування необхідне. Застосовують резекцію шлунка в різних варіантах. Найраціональнішою є економна резекція шлунка за методом Більрота – 1. Уперше резекцію шлунка виконав Жюль Пеан, і кращою методики при виразках шлунка немає.

Поліпи

Бувають одиничні та множинні. За структурою: аденоматозні, гіперпластичні. Якщо вони на вузькій ніжці, то підлягають ендоскопічному видаленню, можливо навіть у денному стаціонарі. Хворий повинен полежати у ліжку протягом двох годин після операції. Поліпи небезпечні, оскільки 4% їх малігнізується.

Доброякісні утворення шлунка

Лейоміоми – утворення із гладеньких м'язів;
Фіброми;
Нейрофіброми;
Ліпоми.

Вони здебільшого не малігнізуються, а проявляються ускладненнями, можливою кровотечею.

Пальпаторно в животі визначається пухлина, яка має експансивний ріст в сторону, розсуваючи тканини.

Фітобезоари – це утворення в порожнині шлунка, що включають рослинні продукти, наприклад, насіння та слиз, а також трихобезоари – утворення із волосся та слизу.

Перебіг безсимптомний, проте вони спричиняють появу ерозій та виникнення кровотеч. Підлягають видаленню.

Найчастіша локалізація раку шлунка

Шлунок має такі відділи: кардіальний; тіло шлунка; пілоричний, що належить до воротаря шлунка; мала кривизна; велика кривизна; дно шлунка; антральний.

Найчастіше рак уражає антральний відділ (60%); малу кривизну (30%); кардіальний (7–8%); велику кривизну (3–2%).

I. Анатомічно пухлини мають екзофітне зростання (поліпозний): грибоподібний та ендофітне зростання: плоский, бляшкоподібний, виразкоподібний, дифузний, поверхневий.

II. За патогістологічною структурою розрізняють рак: залозистий, колоїдний, солідний (масивний), фіброзний. Пухлини ростуть завдяки поділу клітин.

III. За ступенем диференціації: не диференційований, диференційований.

Ускладнення раку – метастазування: 1) по лімфовузлах. Існує 4 колектори лімфи (з боку малої кривизни, великої кривизни, кардіального відділу по ходу селезінкової артерії); 2) гематогенно в печінку, легені; 3) імплантаційно – проростає в серозну оболонку. Основними формами метастазування є:

– метастаз Вірхова – пухлина в лівій надключичній ділянці;

– метастаз Крукенберга – в яєчник (у жінок);

– метастаз Шніцлера – в дугласовий простір, визначається при ректальному обстеженні;

– метастаз у пупок.

Клінічні прояви

У 80% хворих мають місце симптоми малих ознак (описав Савицький). Це – слабкість: немотивоване стійке зниження апетиту – анорексія; шлунковий дискомфорт – переповнення шлунка, відриж-

ка газами; відсутність радості життя; відраза до м'ясної їжі; психічні розлади – депресія; шлункова диспепсія; виснаження.

Рак шлунка дає такі ускладнення: 1) кровотеча; 2) перфорація (прорив) отвору в стінці шлунка в місці локалізації пухлини; 3) стеноз; 4) порушення евакуації із шлунка; 5) дисфагія – порушення ковтання, частіше виникає при кардіальній локалізації.

Під час огляду спостерігається: анемізація організму, шкіра та слизові бліді. Пальпаторно маленька пухлина не визначається, пальпуються тільки неоперабельні пухлини.

Основний метод діагностики раку шлунка – фіброгастродуоденоскопія. Також застосовують рентгенографію шлунка (контрастну), УЗД для перевірки стану печінки; лапароскопію; комп'ютерну томографію.

За стадіями розрізняють:

I стадія раку – до 1 см пухлини;

II стадія – більше 2 см, не виходить за серозну оболонку;

III стадія – виходить за серозну оболонку, має метастази;

IV стадія – проростає в сусідні органи, має віддалені метастази.

Лікування комплексне та індивідуальне. Оперативне втручання обов'язкове, виконують субтотальну резекцію шлунка, гастректомію, хіміотерапію.

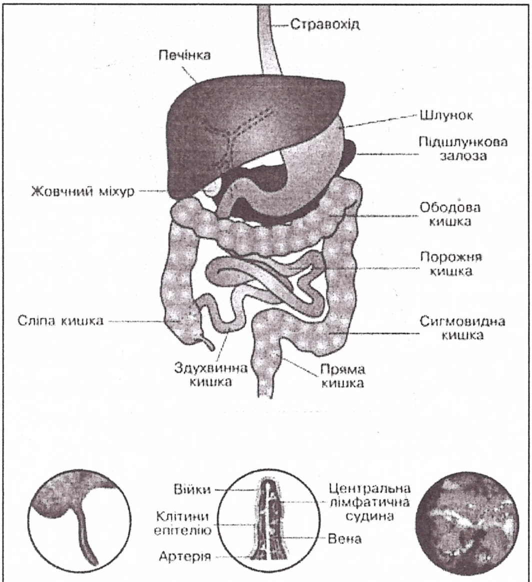
Головне ж – не запускати хвороби шлунка (передракові – гастрити, виразки, поліпи та ін.), дотримуючись режиму харчування. У разі появи перших ознак звернутися до лікаря та провести ФГДС. При виявленні патології – своєчасне кваліфіковане лікування.

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки

Виразкова хвороба – проблема терапевтична, проте її ускладнення потребують хірургічного втручання, часом невідкладного. За збігом багатьох обставин жителі міст хворіють частіше. Для медикаментозного лікування призначають препарат ранітидин – Н2-блокатор гістаміну, новий препарат ОМЕЗ. Зазвичай, його застосовують раз на півроку, оскільки загострення хвороби сезонне.

З огляду на те, що хворобу зумовлює бактеріологічний фактор – Compilobacter pilori, застосовують ще й антибактеріальні препарати, наприклад, трихопол. Поєднання Н2-блокаторів та антибіотиків – два напрямки в лікуванні виразкової хвороби. І все ж запобігти рецидивам та ускладненням не завжди вдається.

Пенетрація – ускладнення виразкової хвороби



Запалення хробакоподібного паростка

Кишкова ворсинка

Слизова при хворобі Крона

Проникнення в сусідні органи. Найчастіше – в ліву частку печінки, голівку підшлункової залози, що часто дає симптоми гострого панкреатиту. У занедбаних випадках утворюються біліодигестивні нориці.

Пенетруючі виразки шлунка та дванадцятипалої кишки уражають переважно чоловіків віком 40–50 років. Найчастіше процес проникнення має тривалий хронічний перебіг. Для нього характерна така клінічна картина: болі не пов'язані з вживанням їжі, мають постійний, тривалий характер, підсилюються під час фізичного навантаження, від зміни положення тіла. Світлі проміжки між нападами болю різко скорочуються або зовсім відсутні, хворі лежать нерухомо, намагаючись вибрати найзручніше положення. Виразки дванадцятипалої кишки частіше проникають у голівку підшлункової залози, зумовлюючи сильний біль, що іррадіює у спину. Виразки малої кривизни шлунка пенетрують в тіло і хвіст підшлункової залози. Виразки, що пенетрують у малий чепець, по направленню до сонячного сплетіння, завжди мають стійкий біль, що іррадіює у хребет.

Хворі підлягають оперативному втручанню. Здебільшого виконують резекцію шлунка, проте вибір методу визначається індивідуально.

Пілоростеноз – звуження воротаря шлунка, яке порушує нормальне його випорожнення. Стійке звуження воротаря розвивається, зазвичай, після багаторічної виразкової хвороби. Розрізняють три стадії стенозу: компенсовану, субкомпенсовану та декомпенсовану.

У компенсованій стадії загальний стан змінюється мало. Хворі відчувають важкість в епігастрії, переважно після переїдання. У декого буває відрижка кислим, інколи блювання. Діагностувати пілоростеноз важко, тому що під час рентгенологічного дослідження контрастна маса виходить своєчасно.

У стадії субкомпенсації відчуття важкості та переповненості у шлунку посилюється, напади болю, пов'язані з посиленням перистальтики шлунка, стають різкішими. Дошкуляє неприємна відрижка із запахом тухлих яєць, яка виникає через тривале затримання їжі у шлунку. Інколи дає полегшення блювання, тому хворі самі намагаються викликати його. Під час об'єктивного обстеження у більшості хворих натщесерце визначається "шум плескоту" у шлунку та видима перистальтика. Для цієї стадії характерна загальна слабкість, швидка втомлюваність, виснаження, знижене засвоєння їжі, блювання, порушення водно-сольового обміну. Рентгенологічно визначається виражене сповільнення евакуації контрастної маси, через 6–12 годин її залишки ще містяться у шлунку, проте через 24 години їх уже немає.

При декомпенсованому пілоростенозі, коли порушені механізми відновлення воротаря, гіпертрофовані м'язи шлунка вже не здатні повністю спорожнити його, особливо при переїданні. Їжа затримується, бродить. Шлунок розтягується, поступово наростають відчуття важкості та переповненості, під ложечкою болі стають майже постійними, знижується апетит, з'являється постійна відрижка кислим, інколи дошкуляє спрага, тому що рідина не надходить до кишківника. Блювання стає постійним, порушується функція кишківника: у декого проноси через бродіння, у декого – закрепи, тому що до кишківника надходить менше харчових мас. Пальпаторно відчувається розтягнутий опущений шлунок. Діагноз підтверджується рентгенологічно: за вираженої декомпенсації контрастну масу знаходять у шлунку через 24 години і довше.

Пілоростенози виразкового походження необхідно диференціювати від ракових і спастичних пілоростенозів. Лікування оперативне – резекція шлунка.

Шлункова кровотеча – ускладнення, яке потребує термінової госпіталізації пацієнта до хірургічного стаціонару. Ускладнення небезпечне, при ньому летальність сягає 3–9% .

Для діагностики кровотеч важливо правильно зібрати анамнез. Пацієнти скаржаться на слабкість, запаморочення, шум у вухах, нудоту, криваве блювання. Нерідко настають колапси – при великих

кровотечах. Знижується артеріальний тиск, тахікардія, шкіра та слизові бліді, кінцівки холодні, випорожнення чорні. Обов'язковим є огляд ректальний, на рукавичці – ознаки кровотечі у вигляді чорних випорожнень, характерний запах, оскільки кров у кишківнику не всмоктується, соляна кислота та гемоглобін утворюють солянокислий гематин. Чітку картину дає фіброгастродуоденоскопія. Якщо такого апарату немає – рентгеноскопія, рентгеногляд.

Під час звернення хворого до поліклініки необхідно його обстежити, зібрати анамнез, зробити аналіз крові, ввести внутрішньовенно 10 мл 10%-ного розчину кальцію хлориду, 3 мл вікасолу внутрішньом'язово та покласти холод на епігастральну ділянку. До карети швидкої допомоги хворого доставляють на ношах. У стаціонарі його детально обстежують, встановлюють джерело кровотечі. Слід пам'ятати, що теплий душ або ванна можуть посилити кровотечу, тому під час санобробки вода має бути кімнатної температури.

Класифікація кровотеч: 1) легка, втрачається до 20% об'єму циркулюючої крові; 2) середня – втрачається до 30% крові; 3) важка – втрачається понад 30% об'єму крові, тому доцільне переливання еритроцитарної маси.

Під час обстеження слід обов'язково визначити гематологічні та гемодинамічні показники: гемоглобін, венозний гематокріт, коагулограма, група крові та резус – приналежність, частота пульсу, артеріальний та венозний тиск, об'єм циркулюючої крові. Паралельно здійснюють інтенсивну гемостатичну терапію: вводять еритроцитарну масу залежно від об'єму крововтрати, 6%-ний розчин епсилон-амінокапронової кислоти, плазму, інші кровозамінники.

Показаннями для оперативного втручання є профузні, тривалі та рецидивні кровотечі. Це питання розв'язується індивідуально.

Перфорація (проривання) – важке ускладнення, що потребує невідкладного оперативного втручання. Недопустимі діагностичні й тактичні помилки на догоспітальному етапі, оскільки вони спричиняють високу післяопераційну летальність. Тим часом, у 5–10% госпіталізованих з перфорацією виразковий анамнез відсутній. Найчастіше проривання виникає на передній поверхні дванадцятипалої кишки та пілоричному відділі шлунка, рідше – по малій та великій кривизні шлунка та в ділянці кардії. Перфорація виразки найчастіше трапляється після їжі, фізичного напруження, вживання спиртних напоїв.

Захворювання починається гостро – в епігастральній ділянці виникає кинжальний біль, напруження м'язів передньої черевної

стінки, нудота, блювання. Стан хворого важкий, шкіра та слизові бліді, акроціаноз. Артеріальний тиск знижений, пульс спершу сповільнений – брадікардія, потім частішає, дихання поверхневе. Температура нормальна або субфебрильна, у разі розвитку перитоніту значно підвищується. Живіт у перші години захворювання втягнутий, затим помірно надутий. Пальпаторно відчувається напруження м'язів передньої черевної стінки. Симптом Щоткіна-Блюмберга різко позитивний, виражений біль в ділянці дугласового простору при ректальному обстеженні (симптом Куленкампфа).

Вирішальне значення має оглядова рентгеноскопія та рентгенографія черевної порожнини. У 70–80% у черевній порожнині визначається вільний газ під діафрагмою, коли хворого обстежують у вертикальному положенні, та під передньою черевною стінкою під час обстеження на спині. Відсутність вільного газу у 20% не виключає діагнозу проривної виразки. "Серп" на рентгенограмі – абсолютна ознака проривної виразки. В правому підребір'ї – тімпаніт. У початковому періоді після прориву відмічається лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом вліво.

Атипова клінічна картина при проривній виразці спостерігається в ослаблених хворих та осіб похилого віку. При цьому больовий синдром виражений слабо, температура може бути нормальною або субфебрильною, напруження м'язів живота та симптом Щоткіна-Блюмберга слабкі. Характерною ознакою небезпеки є невідповідність частоти пульсу та температурної реакції: при нормальній або дещо підвищеній температурі відмічається тахікардія – до 120–130 ударів за хвилину. За наявності спайкового процесу в черевній порожнині перфорація прихована і має такі варіанти клінічного перебігу: 1) самозцілення – дуже рідко; 2) поява осумкованих абсцесів; 3) повторна перфорація.

Діагностика ускладнюється, коли перфорація поєднується з кровотечею із виразки. На фоні наростаючої крововтрати та загального важкого стану хворого напруження м'язів живота виражене слабо, болі незначні. Перевага симптомів кровоточивої виразки є однією з причин пізнього виявлення прориву.

У хворих на пептичну виразку анастомозу також може спостерігатися перфорація. Хворі скаржаться на болі в епігастрії, нудоту, погане самопочуття. При обстеженні спосерігається напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберг, наявність вільного газу в черевній порожнині. Важливе значення в діагностиці має анамнез хворого про перебіг пептичної виразки.

Висока післяопераційна летальність при проривній виразці зумовлена не тільки пізнім зверненням хворих по медичну допомогу, але й несвоєчасною діагностикою та помилками. Однією з найчастіших помилок є поверхневий аналіз даних анамнезу та недостатнє обстеження хворого у поліклініці, вдома та в стаціонарі.

У клінічному прояві проривної виразки розрізняють три періоди:

I. Шоковий – 6–8 годин, характеризується різким болем у животі, напруженням м'язів передньої черевної стінки. У цей період доцільніше призначати оперативне втручання. Обсяг оперативного втручання визначається індивідуально. Часто застосовують ваготомію з висіченням виразки. Резекція шлунка – за показами.

II. Період удаваного благополуччя – 6–12 годин, живіт м'який, зникає напруження м'язів. У цей час трапляється найбільше діагностичних помилок, тому необхідно здійснити повне обстеження, скликати консиліум.

III період – поширений перитоніт. Позитивні симптоми подразнення очеревини, диспептичні явища – блювота, олігурія, кишкова непрохідність. Оперативне втручання обов'язкове.

Під час диференціальної діагностики проривної виразки важливо не сплутати її із стенокардією, інфарктом міокарда, гострим холециститом та панкреатитом, особливо у людей літніх. При стенокардії та інфаркті міокарда може спостерігатися абдомінальний синдром – біль у верхній половині живота. При стенокардії симптоми подразнення очеревини здебільшого негативні. При гострому холециститі больовий синдром менш виражений, нерідко вдається пропальпувати жовчний міхур. Постукування по правій реберній дузі при гострому холециститі підсилює біль, чого не буває при проривній виразці. Блювота полегшує стан хворого з проривною виразкою, при гострому холециститі стан не змінюється. Також проводять диференціальну діагностику з гострим панкреатитом. Симптом Боде – клінічно відсутність печінкової тупості.

З метою диференціальної діагностики застосовують метод пневмогастрографії – у шлунок уводять зонд і нагнітають повітря, яке затим виходить у черевну порожнину. Це повітря візуалізується під час рентгенографії. Позитивним є симптом Куленкампфа – біль очеревини тазу при ректальному дослідженні.

Атипові перфорації

1. При хімічних опіках очеревини під впливом лужного та іншого вмісту на очеревину, а також приєднання бактеріального фактора.

2. Прорив у порожнину малого чепця.

3. Прорив у позаочеревинний простір – вміст надходить у клітковину і спостерігається прихована клініка.

4. Прорив виразки тіла та дна шлунка.

Лікування хворих на проривну виразку тільки оперативне. Вибирають метод, враховуючи стан та вік хворого, локалізацію виразки, наявність місцевого чи розлитого перитоніту, супутніх захворювань. Методом вибору при проривній виразці шлунка і дванадцятипалої кишки є ушивання проривного отвору в поєднанні із стовбуровою ваготомією, при проривній виразці шлунка – ушивання проривного отвору.

Профілактика проривної виразки полягає у диспансеризації хворих, плановому лікуванні, що запобігає розвитку ускладнень.

Важливим у післяопераційному періоді є харчування хворих. Першої доби хворому не можна їсти, харчування парентеральне – внутрішньовенні крапельниці. Губи та язик змочують водою.

На другу добу хворому дають чай невеликими порціями, краще несолодкий, а також негазовану мінеральну воду. На третю добу призначають дієту №1-А. Хворий харчується як звичайно: бульйон, кисіль, натуральні соки. Кількість їжі не більше 200–400 мл. На четвертий день додають вершкове масло, 2 яйця, на 5–6-й день призначають дієту № 1-Б: манна каша, кефір нежирний, супи-пюре, нежирний сир, м'ясні парові котлети. Харчування малими дозами.

З 7–8-го дня призначають стіл №1 – звичайна дієта для хворих з виразкою шлунка. Містить 2800–3500 калорій. У добовий раціон хворого входять білки (100–120 г), жири (80–90 г), вуглеводи (400–500 г) та нормальна кількість солі.

За дотримання всіх вищезазначених правил реабілітація хворих задовільна.

У післяопераційному періоді хворі перебувають на лікарняному листку 1,5–2 місяці залежно від характеру професійної діяльності. А в подальшому протягом року – на диспансерному обліку у лікаря-гастроентеролога.

Гострий апендицит

Гострий апендицит посідає перше місце в структурі гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. Післяопераційна летальність від гострого апендициту низька (0,16–0,20%), проте проблема залишається актуальною. Зважаючи на частоту захворю-

ваності, діагностика гострого апендициту на догоспітальному етапі, особливо під час огляду вдома та в поліклініці, має надзвичайно важливе значення. Несвоєчасна госпіталізація призводять до розвитку небезпечних ускладнень, таких як перитоніт, пілефлебіт, осумковані абсцеси черевної порожнини тощо. Хворі на гострий апендицит нерідко звертаються не лише до хірурга, а й до терапевта, інфекціоніста, педіатра, інших фахівців. Тому своєчасно виявляти хворобу зможуть добре підготовлені лікарі швидкої та невідкладної допомоги, терапевти, педіатри, сімейні лікарі та інфекціоністи. Не слід забувати про атипові форми гострого апендициту, особливості його діагностики у вагітних, дітей та літніх людей.

Першу апендектомію було виконано в 1735 р. у Лондоні одинадцятирічному хлопчикові.

Апендикс має довжину 6–10 см, постачається кров'ю із апендикулярної та верхньої мезентеріальної (брижової) артерії. Відтікає кров по тих же венах. Функції апендикса: знезараження – це можна сказати, мигдалик черевної порожнини; моторна, травна – виражені незначною мірою. Частіше хворіють жінки (1:3). Пік захворювання припадає на 35 років.

Етіологія: найпоширеніша інфекційна теорія, згідно з якою патогенна мікрофлора, що є у товстому кишківнику, призводить до виникнення захворювання, а також пошкодження слизової оболонки.

Патогенез: внаслідок спазму судин виникає ішемія слизової оболонки, порушується евакуаторна функція, алергічна реакція поширюється на всі прошарки відростка.

У тих, хто вживає грубу рослинну їжу, менш імовірний розвиток гострого апендициту. Частіше він уражує тих, хто полюбляє добре оброблену рафіновану їжу. Розрізняють такі клінічні форми апендициту: 1) простий, 2) деструктивний (флегмонозний, гангренозний).

Ускладнення:

1) апендикулярний інфільтрат;

2) апендикулярний абсцес;

3) перитоніт (місцевий, дифузний) – запалення очеревини;

4) пілефлебіт – тромбофлебіт ворітної вени.

Напад найчастіше виникає раптово: біль проймає праву половину живота, іноді виникають диспептичні явища: нудота, блювота, закрепи; у 10–15% випадків спостерігається симптом Кохера: поява болю у надчеревній ділянці і лише через кілька годин "опускання" у праву здухвинну ділянку. Температура тіла часом підвищується до 38°С та вище, а в літніх та ослаблених хворих може бути субфебрильною або

нормальною. Зміни крові під час гострого апендициту характеризуються лейкоцитозом з нейтрофільним зсувом формули вліво.

Під час пальпації відчувається напруження та біль у правій здухвинній ділянці, позитивні симптоми подразнення очеревини (їх налічується понад 100).

Найпоширенішими є такі:

1. Симптом Щоткіна-Блюмберга – пацієнт лежить на спині, лікар натискає живіт в проекції апендикса, при відпусканні біль підсилюється.

2. Симптом Сітковськсго: при лежанні на лівому боці біль у правій половині живота підсилюється, що можна пояснити переміщенням хробаковидного паростка та натягом його запаленої брижі.

3. Симптом Ровзинга: у лежачого на спині хворого в лівій пахвинній ділянці лівою рукою натискають на черевну стінку в проекції низхідної та сигмоподібної кишки, а правою рукою легко штовхають черевну стінку вище перетиснення кишки знизу доверху, підсилення болю справа свідчить про позитивний симптом. Поштовхи призводять до переміщення газів кишківника. Виникає біль. Цей симптом виникає в 70%.

4. Симптом Бартом'є-Міхельсона – при пальпації правої здухвинної ділянки в положенні хворого на лівому боці біль підсилюєтья.

5. Симптом Воскресенського – при швидкому проведенні долонею по передній черевній стінці від правої реберної дуги донизу з'являється біль в правій пахвинній ділянці.

6. Симптом Образцова – пальпація правої здухвинної ділянки при піднятті випрямленої в колінному суглобі ноги підсилює біль.

7. Симптом Брендо. У вагітних при натисненні на матку зліва біль виникає справа.

8. Симптом Жендринського – використовують для диференціальної діагностики з гостри аднекситом. Натискають на 2 см ніжче від пупка в лежачому положенні, а потім просять пацієнтку сісти. При підсилені болю можна діагностувати апендицит, при зменшенні – аднексит.

У разі атипового ретроцекального або позаочеревинного розміщення хробакоподібного відростка перитонеальні явища розвиваються пізно, передня черевна стінка тривалий час залишається безболісною, рідко бувають нудота або блювота. Тому такі види апендициту діагностуються пізно, частіше на стадії інфільтрату.

Особливості перебігу гострого апендициту при тазовому розміщенні хробакоподібного відростка полягають у тривалій відсутності

реакції черевної стінки на запальний процес. Коли запалення охоплює оточуючі тканини, біль поширюється знизу догори; під час обстеження прямої кишки відчувається виражений біль. У деяких хворих внаслідок цього порушуються дефекація та сечовиділення.

При медіальному розміщенні апендикса клінічна картина розгортається бурхливо: хворі скаржаться на гострий біль у животі, рано виникають парез кишківника та явища перитоніту. Нерідко виникає повторна блювота та часті рідкі випорожнення.

Лівосторонній апендицит при довгій брижі сліпої кишки трапляється винятково рідко та має типові ознаки цього захворювання: біль і напруження м'язів, але у лівій пахвинній ділянці. Таких хворих нерідко госпіталізують із запізненням через складнощі в діагностиці.

Гострий апендицит у дітей може виникнути в будь-якому віці. Особливістю його перебігу є швидке прогресування захворювання та тенденція до розвитку загального перитоніту через анатомічні особливості очеревини в дитячому віці (відсутність великого чепця). Слід зазначити, що у дітей більше, ніж у дорослих, виражені загальні зміни під час гострого апендициту: висока температура тіла, нудота, блювання.

Гострий апендицит у вагітних має дещо атиповий перебіг у зв'язку із змінами розміщення сліпої кишки. В другій половині вагітності біль локалізований у ділянці правого підребер'я, може іррадіювати в поперекову ділянку. Напруження м'язів передньої черевної стінки та симптоми подразнення очеревини виражені не завжди. Тому обов'язковою є госпіталізація хворих та ретельне спостереження в умовах стаціонару.

Гострий апендицит у людей літнього віку у зв'язку з пониженою опірністю організму має стертий, атиповий перебіг. Больовий синдром мало виражений, температура буває нормальною або субфебрильною. Симптоми подразнення очеревини у багатьох відсутні. У літніх людей частіше розвиваються деструктивні форми гострого апендициту, часто відзначається невідповідність частоти пульсу та температури: при нормальній температурі спостерігається тахікардія.

Диференціальна діагностика:

1. Ниркова колька. Для неї характерні нестерпний біль у поперековій ділянці, що ірадіює у промежину, внутрішню поверхню правого стегна, дизуричні розлади. Під час сечовиділення спостерігається гематурія.

2. Позаматкова вагітність. Основна відмінність: різкий біль у животі аж до непритомності, а також порушення менструального

циклу, флюктуація у задньому дугласовому просторі. При цьому обов'язково виконують пункцію заднього зводу.

3. Гострий аднексит. Відрізняється високою температурою, болями, вагінальними виділеннями.

4. Перфоративна виразка. Характеризується "кинжальним" болем. Хворий лежить в одному положенні, напруження м'язів у надчеревній ділянці, наявність вільного газу в черевній порожнині і внаслідок цього зниження печінкової тупості.

5. Правобічна нижньодольова пневмонія. Потрібна аускультація легень, особливо в дітей.

Підозра на гострий апендицит потребує госпіталізації у невідкладному порядку.

Лікування – оперативне. Видаляють змінений хробакоподібний відросток, за наявності випоту дренують черевну порожнину. У складних діагностичних випадках, коли неможливо виключити гострий апендицит, рекомендована лапароскопія.

Останнім часом дедалі ширшого застосування набуває лапароскопічна методика видалення апендикса. Це менш інвазивна операція, ніж звичайна відкрита. Проте значимість даної патології не зменшується і обов'язковість своєчасного оперативного втручання залишається актуальною за будь-якої його методики.

Ускладнення гострого апендициту

Доопераційний період

Якщо хворий несвоєчасно звернеться до лікаря, гострий апендицит може дати низку серйозних ускладнень, які можуть бути небезпечними для здоров'я людини та життя. Основні з них такі: апендикулярний інфільтрат, поширений гнійний перитоніт, тазовий абсцес, пілефлебіт.

Апендикулярний інфільтрат – це обмежена запальна пухлина, що формується навколо деструктивно зміненого хробакоподібного паростка. До нього припаюються петлі кишківника, великий чепець та прилеглі органи. Лікарі розрізняють дві стадії: ранню та пізню.

На ранній стадії апендикулярний інфільтрат м'який, його симптоми такі самі, як під час гострого апендициту: позитивні симптоми подразнення очеревини, зміни у формулі крові.

На пізній стадії у хворого загальний стан начебто задовільний. Температура тіла підвищена або нормальна, під час пальпації визначається щільний інфільтрат.

Лікування консервативне – сучасні антибіотики широкого спектру дії, суворий лікарняний режим, фізіотерапевтичні процедури.

При позитивному лікуванні, інфільтрат розсмоктується, операцію проводять у віддаленому періоді – через 3–4 місяці, зважаючи на стан пацієнта.

Тазовий апендикулярний абсцес – це ускладнення тазового апендициту, а інколи його спричиняють флегмонозні або гангренозні форми гострого апендициту.

Клінічно проявляється болем у глибині тазу, здуттям живота, інколи буває блювота внаслідок парезу петель тонкої кишки. Характерні також висока температура (до 38–40°С), високий лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво. Напруження м'язів передньої черевної стінки виражені помірно. Слід зважати на місцеві симптоми подразнення тазових органів – прямої кишки, сечового міхура: послаблення випорожнень, часте сечовиділення. Під час пальцьового обстеження прямої кишки пальпується болісне пухлиноподібне утворення, при пункції якого витікає гній.

Лікування тазового інфільтрату до нагноєння таке саме, як і апендикулярного, у разі нагноєння – оперативне (серединний доступ з дренуванням черевної порожнини).

Пілефлебіт – це гнійний тромбофлебіт ворітної вени, досить рідкісне, проте дуже небезпечне ускладнення гострого апендициту, яке майже завжди закінчується гнійним гепатитом.

Початковими клінічними проявами пілефлебіту є підвищення температури до 38–40°, лихоманка, болі у правому підребер'ї, жовтяниця, високий лейкоцитоз. Загальний стан хворого важкий. прогноз за такого стану дуже серйозний.

Ускладнення в післяопераційному періоді

В основу класифікації покладений клініко-анатомічний принцип:

I. Ускладнення з боку операційної рани: гематома; нагноєння; інфільтрат; розходження країв рани без евентрації (випадіння внутрішніх органів через пошкодження черевної стінки); розходження країв рани з евентрацією; лігатурна нориця; кровотеча з рани черевної стінки.

II. Гострі запальні процеси в черевній порожнині: інфільтрати та абсцеси ілеоцекальної ділянки (в зоні клубової та сліпої кишки); абсцеси дугласового простору; міжкишкові; позаочеревинні; піддіафрагмальні; підпечінкові; місцевий перитоніт; розлитий перитоніт.

III. Ускладнення з боку шлунково-кишкового тракту: динамічна кишкова непрохідність; гостра механічна кишкова непрохідність; кишкові нориці; шлунково-кишкові кровотечі.

IV. Ускладнення серцево-судинної системи: серцево-судинна недостатність; пілефлебіт (запалення ворітної вени); тромбофлебіт; емболія легеневої артерії; кровотеча в черевну порожнину.

V. Ускладнення з боку дихальної системи: бронхіт; пневмонія; плеврит; абсцеси та гангрена легень; ателектаз (спадіння) легень.

VI. Ускладнення з боку видільної системи: затримання сечі; гострий цистит; гострий пієліт; гострий нефрит; гострий пієлоцистит.

VII. Інші ускладнення: гострий паротит (запалення привушної залози); післяопераційний психоз; жовтяниця.

Отже, ускладнень, хоча вони й трапляються нечасто, може бути дуже багато. Кожне з них має свою симптоматику і потребує пильного нагляду медичного персоналу.

Що стосується відновлення працездатності хворих, які перенесли апендектомію, то тут має значення вік хворого, характер деструктивних змін, перебіг післяопераційного періоду, умови праці та відпочинку.

Особам, що займаються розумовою працею при перебігові післяопераційного періоду без ускладнень дають звільнення протягом 21–28 днів з моменту операції.

Осіб, що займаються важкою фізичною працею, переводять на 2–3 тижні на полегшену роботу. Учні середніх шкіл, студенти вищих та середніх навчальних закладів можуть приступити до навчання через 7–15 днів після виписки із стаціонару, проте до занять з фізичної культури їх допускають лише через 6–8 тижнів, поступово збільшуючи фізичне навантаження.

При наявності ускладнень у післяопераційному періоді термін виписки до работи подовжується.

З метою попередження ускладнень гострого апендициту та зниження післяопераційної летальності необхідна чітка організація медичної допомоги населенню міста та села, яка повинна забезпечити:

1. Широке розгортання ціленаправленої санітарно-просвітницької робити серед всіх верств населення, що дасть можливість підвищити рівень медичної культури та приведе до раннього звернення хворих до лікувальних закладів.

2. Чітка організація швидкої та невідкладної допомоги, а також екстренної (ургентної) хірургії у місті, селі, наближення кваліфікованої хірургічної допомоги до населення.

3. Безперервне підвищення кваліфікації лікарів всіх спеціальностей з гострих захворювань органів черевної порожнини, що дасть можливість зменшити кількість пізніх надходжень хворих до хірургічних стаціонарів.

4. Підвищення кваліфікації всіх хірургів поліклінічної ланки, а також проведення лекцій із фахівцями інших спеціальностей, в тому числі сімейними лікарями, гінекологами, терапевтами, що також зменшить кількість діагностичних помилок на догоспітальному етапі.

Гострий холецистит

Запалення жовчного міхура за частотою посідає друге місце після гострого апендициту. На гострий холецистит хворіють переважно жінки. Він буває кам'яний та безкам'яний, неускладнений та ускладнений. Ускладнення бувають такі: осумкований абсцес, місцевий або розлитий перитоніт, абсцес печінки, холангіт, панкреатит. На початку захворювання виникає біль, переважно в правому підребір'ї, нудота, блювання, підвищення температури тіла до 38–39°С. Під час пальпації відчувається напруження м'язів у проекції жовчного міхура, біль, інколи – збільшений жовчний міхур. Нерідко жовтіють склери та шкіра, затримуються гази й випорожнення.

Часто виникає біль від легкого постукування по правій реберній дузі (симптом Ортнера), іноді глибока пальпація викликає біль під час вдихання (симптом Образцова). Не менш важливим є симптом Георгієвського (френікус-симптом) – поява болю у правій надключичній ділянці. Через біль у правому підребер'ї під час глибокої пальпації хворий не може глибоко вдихнути (симптом Мерфі). Гострий холецистит супроводжується лейкоцитозом та нейтрофільним зсувом формули вліво, у деяких хворих з гострим холециститом має місце гіпербілірубінемія.

Безкам'яний холецистит зазвичай не викликає ускладнень і здебільшого закінчується одужанням. Гострий калькульозний холецистит має важчий перебіг, процес поширюється на прилеглі органи та тканини.

Перебіг гострого холециститу у літніх людей має свої особливості у зв'язку з пониженою стійкістю організму, наявністю супутньої патології тощо. Біль та напруження у правому підребір'ї у них мало виражені, температура залишається нормальною.

На догоспітальному етапі можуть виникати діагностичні помилки, тому важливо негайно направити хворого до хірургічного стаціонару.

У передопераційному періоді проводять інтенсивну терапію, що ґрунтується на принципі детоксикації, корекції порушень білкового та водно-електролітного обміну. Призначають антибіотики, спазмолітики та антигістамінні препарати. Така тактика називається активно-очікувальною. На думку інших фахівців, оперативне втручання слід проводити у перші 6 годин з моменту запалення. Але операція у гострому періоді може ускладнити післяопераційний перебіг. Раціональніше виконувати холецистектомію у плановому порядку. Застосовують як класичні методики, так і нову малоінвазивну методику лапароскопічної холецистектомії. Про неї розповідь нижче. Зволікати не бажано, оскільки наявність каменів у жовчному міхурі призводить до розладу роботи підшлункової залози, кишківника, нирок.

Профілактика гострого холециститу полягає у дотриманні норм раціонального харчування, плановому оздоровленні хворих.

Хворі на жовчнокам'яну хворобу потребують диспансерного нагляду та реабілітаційного лікування в умовах санаторію. Найкращими курортами є Трускавець, Сатанів, Шкло.

Ляпароскопічна холецистектомія. Режим у післяопераційному періоді

Ляпароскопічна холецистектомія – найсучасніша методика вітчизняної та світової хірургії. Недарма її називають "золотим стандартом" у лікуванні жовчнокам'яної хвороби. Суттєвою перевагою відеоендоскопічної методики є можливість здійснити повноцінну ревізію черевної порожнини та одночасну хірургічну корекцію поєднаної патології без додаткової операційної травми. Удосконалення оперативних методик зумовлене тим, що у 40% осіб, старших 40 років, діагностують конкременти у жовчному міхурі. Лапароскопічна методика дає змогу знизити частоту загальних ускладнень, значно полегшує перебіг післяопераційного періоду. Однак під час такого втручання суттєво підвищується ризик пошкодити позапечінкові жовчні протоки, особливо за наявності деструктивного холециститу.

Операції під контролем ляпароскопа мають певну специфіку: необхідність маніпулювати, виходячи із двомірного зображення на моніторі та відсутності у хірурга пальпаторної інформації про стан тканин. У зв'язку з цим зростає складність виконання операції за наявності грубих запальних і особливо рубцевих змін у ділянці гепатодуоденальної зв'язки. Безперечно, перевагою ляпароскопічної хірургії є зменшення травматичності, а значить і післяопераційного

болю, скорочення терміну стаціонарного та амбулаторного лікування, відтак – швидше відновлення працездатності, кращі косметичні результати. Але небезпечні моменти, що трапляються під час ляпароскопічної холецистектомії, зайвий раз нагадують, що до такого оперативного втручання слід вдаватися, коли жовчнокам'яна хвороба неускладнена, тобто відсутні рубцеві зміни, жовтяниця тощо.

Отже, ляпароскопічна холецистектомія – це серйозне оперативне втручання, під час якого видаляється жовчний міхур, хоча і через невеликі розрізи. Відтак не зайвим будуть рекомендації пацієнтам, які перенесли таку операцію.

На жаль, у 15–40% пацієнтів зберігаються клінічні симптоми, які мають узагальнену назву "постхолецистектомічний синдром" (ПХЕС).

ПХЕС – збірне поняття, що безпосередньо або опосередковано пов'язане з самою операцією, а також захворювання, що посилюється внаслідок операції. Хворих турбують болі в епігастральній ділянці, правому підребір'ї; рецидиви печінкової кольки, жовтяниця, диспептичні явища (нудота, метеоризм, нестійкі випорожнення). Найчастіше причиною ПХЕС є захворювання гепатодуоденальної зони, підшлункової залози, ураження позапечінкових жовчних шляхів.

Камінці жовчних протоків найчастіше є причиною рецидиву та повторних операцій. Клінічно симптоми не видалених під час операції камінців проявляються протягом перших двох років після операції.

Довга кукса міхурової протоки жовчного міхура може стати причиною розвитку стійкого больового синдрому. У деяких випадках причиною розвитку ПХЕС може стати кіста холедоха. Найчастіше трапляються розширення стінок загальної жовчної протоки.

Найнебезпечнішим ускладненням холецистектомії є холангіт, який розвивається у 10–12% випадків. Його спричиняє порушення евакуації жовчі, що призводить до жовчної гіпертензії, холестазу, інфікування.

Захворювання печінки, зокрема жировий гепатоз, також можуть спричинити незадовільний стан після операції. На післяопераційний перебіг впливають і стан шлунка, дванадцятипалої кишки та підшлункової залози.

Порушення жовчоутворення та жовчовиділення впливають на моторно-евакуаторну функцію кишківника, призводячи до секреторної діареї.

Діагностувати ПХЕС допомагають лабораторно-інструментальні методи дослідження. Лабораторні обстеження доцільно проводити

під час нападу або не пізніше, ніж через 6 годин після його закінчення, а також у динаміці. Не менш важливі ендоскопічне ультразвукове дослідження та магнітно-резонансна холангіографія, особливо інформативною є ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія та манометрія сфінктера Одді (на жаль, доступна не всім лікувально-профілактичним закладам).

Лікування ПХЕС є комплексним. Головне – усунути ті розлади, які турбують хворого.

Доцільно призначати часте харчування 5–7 разів на день, дієту (№ 5) з низьким вмістом жиру (40–60 г на добу рослинної олії). Не слід вживати смажені, гострі, кислі продукти. Медикаментозна терапія передбачає поєднання препаратів різних класів, що дають позитивний результат.

Доцільно використовувати міотропні спазмолітики (дротаверин, папаверин, но-шпу).

Якщо консервативне лікування не допомагає, проводять операцію – сфінктеротомію, тепер вона виконується ендоскопічно. Доцільно застосовувати ферментні препарати як з лікувальною, так і з профілактичною метою.

Протягом року після холецистектомії хворі повинні перебувати під лікарським контролем. Запобігають розвитку ПХЕС комплексне обстеження органів травлення (печінка, жовчовивідні шляхи, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка) в доопераційному періоді з метою виявлення функціональних та органічних змін. Точна діагностика запобігає післяопераційним ускладненням та допомагає своєчасній корекції.

Панкреатит

ПАНКРЕАТИТ – запалення підшлункової залози.

Розрізняїзть гострий та хронічний панкреатит, некроз залози.

Це єдиний орган, який забезпечує ендокринну та екзокринну функцію. Розташована на рівні XII грудного хребця, довжина її 12–15 см. Хвіст тісно прилягає до селезінки.

Холедох та загальний панкреатичний проток впадають у 12-палу кишку і регулюються функцією сфінктера Одді. Анатомічною особливістю є те, що вона знаходиться з позаочеревинному просторі і оточена клітковиною. При запаленні ферменти потрапляють у цей простір . Хронічний панкереатит поділяють на такі форми:

1. Хронічний реактивний.

2. Хронічний панкреатит с постійним больовим синдромом.

3. Псевдопухлинний (її часто не вдається диференціювати з раком підшлункової залози).

4. Латентно-безбольовий.

5. Склерозуючий.

За походженням:

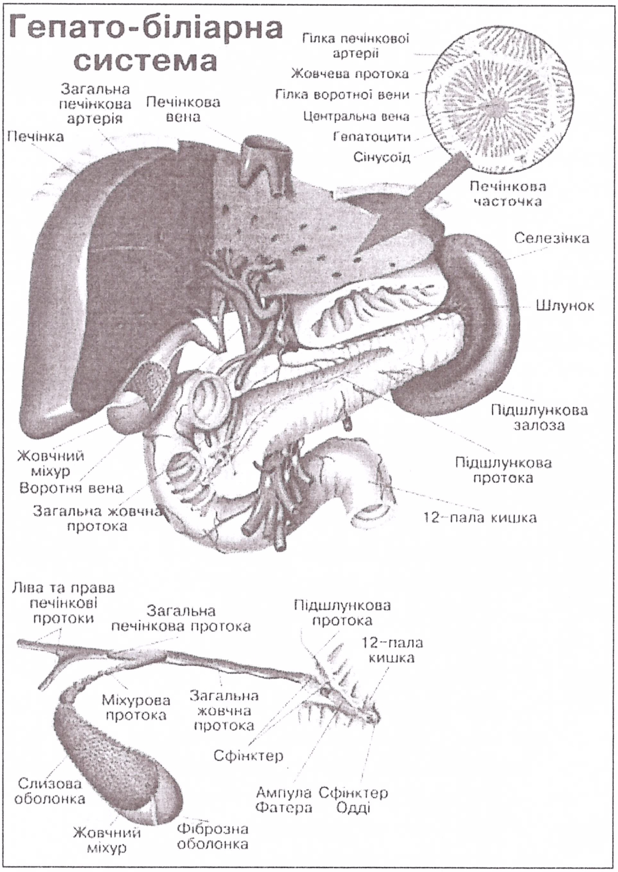
1. Первинні.

2. Вторинні.

Первинні – виникають при білковому голодуванні, зловживанні алкоголем, склерозі.

Вторинні – при первинному захворюванні інших органів (наприклад виразці 12-ти палої кишки).

Підшлункова залоза виділяє до 700 мл панкреатичного секрету, який має лужну реакцію. Жовчі виділяється також до 700 мл. Шлункового вмісту 1,5 л, що має кислу реакцію. При нормальному балансі відбувається нейтралізація шлункового кислого секрету. У секреті підшлункової залози містяться ферменти, які за допомогою кишкової ентерокінази перетворюються в активні. Якщо ці ферменти діють на саму залозу, відбувається її запалення –



самоперетравлення – аутоліз. Летальність при гострих панкреатитах висока.

Гострі панкреатити класифікуються:

1. Гострий набряковий панкреатит.
2. Жировий панкреонекроз.
3. Геморагічний панкреонекрроз.
4. Гнійний панкреонекроз.

Фази клінічного перебігу гострого панкреатиту:

1. Ензимна токсемія
2. Тимчасова ремісія
3. Секвестрація та гнійні ускладнення.

Причиною гострого панкреатитут є автокіназа і трипсин, які виділяються при пошкодженні мембран. Трипсин утворюється з хемотрипсину. Вони перетравлюють саму залозу. Трипсиноген діє на судини, в основному на капіляри, що призводить до спазму, дилятації та крововиливам.

Фермент еластаза порушує проникність стінок судин. Ліпаза – неактивний фермент, але під дією жовчних кислот вона активізується та діє на жирову клітковину, що призводить до виникнення стеатонекрозів (жирових некрозів), які поширюються по всій очеревині. Страждає функція печінки, нирок, розвивається ниркова та печінкова недостатність. Ферменти потрапляють у перикард, мозок. Накопичення рідини у плевральній, черевній порожнинах.

Причини панкреатиту:

1. Аліментарний фактор, здебільшого алкоголь, що призводить до гіперсекреції та дисфункції. Якщо секрет підшлункової залози не може вийти назовні, тобто у 12-ти палу кишку, то починається гострий панкреатит.
2. Ендокринні порушення.
3. Вагітність.
4. Алергія.

Стадії розвитку панкреатиту:

1. Нормування серозного набряку – 2–3 доби. При блискавичних формах раптово наступає смерть.
2. Геморагічний некроз (або жировий). Залежно від зони некрозу розрізняють дрібновогнищевий та крупновогнищевий.
3. Гнійний панкреатит.

Обов'язковим є:

1. Ниркова недостатність.
2. Гіпотензивний шок.

Клініка:

Дуже сильний оперізуючій біль, у шлунку – виразки та ерозії.

Протягом 3–4 діб спостерігається гектична температура тіла.

В зв'язку з дією на сонячне сплетення, яке регулює функцію кишківника, спостерігається динамічна кишкова непрохідність.

Симптом Боде – відсутність печінкової тупості.

Симтом Керте – болі в проекції підшлункової залози – поперекова ділянка на 8–7 см вище пупка.

Симптом Воскресенського – відсутність пульсації черевного відділу аорти над пупком в наслідок стиснення аорти набряклою підшлунковою залозою.

Визначенню пульсації аорти заважають різко виражений метеоризм, гіперестезія та напруження м'язів передньої черевної стінки.

Симптом Мейо-Робсона – біль в лівому реберно-хребетному куті. Якщо при цьому біль іррадіює в ліве влече, лопатку, то цю ознаку розглядають як симптом Мейо-Робсона. Він характерний для ураження хвостового відділу підшлункової залози.

Симптом Роздольського – біль при перкусії в проекції підшункової залози.

Симптом Кача – підвищення шкірної чутливості в проекції підшлункової залози.

Симптом Мондора – судинні розлади на периферії – фіолетові плями на обличчі та тулубі.

Спостерігаються також інші симптоми:

Холстеда – ціаноз на обличчі та кінцівках; Симптом Кулена – ціанотичні утвори в ділянці пупка.

Крім того, існує ціла низка синдромів:

Оліго-ануричний – порушення функції нирок, позитивний симптом Пастернацького, анурія, азотемія. Спостерігаються явища дегідратації – сухість, набряк слизової 12-ти палої кишки.

Розвивається печінкова недостатність, з'являється жовтяниця. Кардіопульмональний синдром – охоплення процесом діафрагми, обмеження екскурсії легень, задуха.

Ускладнення: 1. Місцеві. 2. Загальні.

Місцеві:

1. Формування позаочеревинних гнійних абсцесов.
2. Утворення нориць у підшлунковій залозі.
3. Кровотечі із судин.
4. Піддіафрагмальні та підпечінкові абсцеси.

Загальні:

1. Психоз. 2. Цукровий діабет. 3. Печінкова та ниркова недостатність. 4. Пневмонія. 5.Перикардит.

Лікування:

При встановленні діагнозу гострого панкреатиту навіть в найлегшій формі хворі повинні лікуватися в хірургічному стаціонарі, так як на початку захворювання важко передбачити подальшу клінічну картину, особливо якщо хворий не перебуває під наглядом лікаря.

При лікуванні необхідно дотримуватись таких принципів:

1. Створення фізіологічного спокою ураженому органу – голод, аспірація шлункового вмісту (зонд через ніс);

2. Гальмування секреторної активності підшлункової залози: атропін 0,1% підшкірно по 1,0 мл через 4–6 годин.

3. Внутрішньовенне введення плазми, поліглюкін-новокаїнової суміші (поліглюкін 50,0 мл + 10 розчин новокаїну 20,0 мл) в середньому до 3-х літрів з метою ліквідації циркуляторних розладів.

При введенні поліглюкін-новокаїнової суміші блокуються вегетативні ганглії, знижується збудливість моторних зон кори головного мозку. Поліглікін підвищує онкотичний тиск крові, попереджаючи вихід рідини, електролітів, білків у позасудинний простір, гальмує розвиток набряку тканин, активізує рух електролітів та білків з тканин та порожнин в судине русло, чинить протишокову дію і довше утримує новокаїн в кров'яному руслі, адсорбує токсинні речовини та підсилює діурез.

4. Інсулінотерапія.

5. Знеболююча та антигістамінна терапія.

6. Кортикостероїдні гормони – гідрокортизон або преднізолон внутрішньовенно або внутрішньом'язево – 15–30 мг.

7. Антибактеріальна терапія.

При покращенні стану на 4–5-й день хворим можна давати низькокалорійну їжу: нежирний бульйон, кефір, чай, оскільки білково-вуглеводна їжа зменшує секрецію підшлункової залози.

Якщо консервативна терапія не дає ефекту, а стан хворого погіршується, з'являються ознаки подразнення очеревини, гострий набряк підшлункової залози переходить в некроз або нагноєння, рекомендоване оперативне втручання.

Оперативне втручання складається з наступних етапів:

1). Серединна ляпаротомія (розтин по середній лінії від мечовидного паростка до пупка).

2). Доступ до підшлункової залози в порожнину чепцевої сумки. Краще всього через шлунково-ободову зв'язку (найбільш прямий та зручний шлях для дренування підшлункової залози).

3). Видалення з черевної порожнини ексудату.

4). Розтин очеревини, що покриває підшлункову залозу.

5). Дренування порожнини чепцевої сумки

6). Видалення гнійних вогнищ.

Під час операції хворому обов'язково переливають внутрішньовенно поліглюкін, глюкозу, фізіологічний розчин.

В післяопераційному періоді необхідно створити тривалі щадливі умови для патологічно зміненої підшлункової залози. Для цього протягом 3–4 днів дотримуватись голоду. Хворому дають парентеральне харчування, затим призначають щадливу дієту.

Профілактика гострого панкреатиту полягає у попередженні причин, що викликають це захворювання. Дотримання гігієни харчування, своєчасне лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, перш за все жовчних шляхів, печінки, шлунка, профілактика та лікування серцево-судинних захворювань.

Рекомендований раціон при хронічному панкреатиті

Хліб та мучні вироби. Пшеничний хліб з муки I–II сортів, підсушений або вчорашній, у вигляді сухарів, несолодке сухе печиво. Вилучають: житній та свіжий хліб, вироби з листкового та здобного тіста.

Супи. Вегетаріанські з картоплею, морквою та іншими овочами крім білокачанної капусти, з крупами (манна, вівсянка, рис), вермішеллю; на порцію додають 5 г вершкового масла або 10 г сметани. Вилучають: супи на м'ясному, рибному бульйоні, відвари грибів та овочів, молочні супи, борщ, холодні супи (окрошка).

М'ясо та птиця. Нежирні сорти яловичини, телятина, кролик, курка, індичка. М'ясо вивільняють від фасцій, сухожилок, жиру, птиці – від шкіри, у відварному або паровому вигляді, протерте та рублене (котлети, кнелі, пюре, суфле), нежирні курчата, кролик, телятина – куском відварні. Вилучають: жирні сорти, смажене та тушковане, качку, гуску, копченості, ковбаси, консерви.

Риба. Нежирна у відвареному вигляді, шматком або рублена, заливна після відварювання. Вилучають: рибу жирних сортів, смажену, копчену, солону, консерви.

Молочні продукти. Переважно пониженої жирності: свіжий некислий сир 9% жирності та нежирний в натуральному вигляді, па-

рові та запечені пудинги, молоко – при сприйнятті; кисломолочні напої (некислі), сметана – в страви; сир нежирний та негострий.

Вилучають молочні продукти підвищеної жирності.

Яйця. Білкові омлети із 2-х яєць, жовтки обмежено (до 1/2 в день) в страви; при сприйнятті – 1 яйце, зварене у см'ятку. Вилучають: яйця, зварені вкруту, смажені.

Крупи. Напіврідкі та напівв'язкі каші із вівсяної, гречаної, манної крупи, рису, зварені на воді або наполовину з молоком, круп'яні суфле, пудинги з сиром, запіканки, при сприйнятті – розсипні каші, макаронні вироби.

Вилучають: бобові.

Овочі: відварні з картоплі, моркви, цвітної капусти, буряків, кабачків, гарбуза, зелений горошок, – при сприйнятті. Вилучають: білокачанну капусту, баклажани, редьку, ріпу, редис, цибулю, часник, щавель, шпинат, перець солодкий, гриби.

Закуски: нежирна шинка, негострий сир, відварний язик, салати з відварних овочів, при сприйнятті – із сирих.

Плоди, солодкі страви та солодощі. Спілі м'які некислі фрукти та ягоди, протерті сирі та запечені яблука, компоти із свіжих та сухих фруктів, желе, муси з підсолоджувачами або напівсолодкі на цукрі, при сприйнятті – вказані фрукти та ягоди непротерті. Вилучають: кондитерські вироби, шоколад, морозиво.

Соуси та прянощі. Молочні, фруктово-ягідні напівсолодкі підливки. Вилучають: соуси на м'ясному, рибному, грибному бульйонах, томатний, прянощі.

Напої. Слабкий чай, при сприйнятті – з лимоном, напівсолодкий, з молоком, слабка кава, також з молоком, відвар з шипшини, фруктово-ягідні соки, при сприйнятті – розбавлені з водою. Вилучають: чорну каву, какао, газовані та холодні напої, виноградний сік.

Жири. Вершкове масло (30 г), рафінована олія (10–15 г) – в страви. Вилучають: інші жири.

Приблизне меню при хронічному панкреатиті:

1-й сніданок: вінегрет, м'ясо відварне, каша вівсяна молочна, чай.

2-й сніданок: омлет білковий паровий; відвар шипшини.

Обід: салат, суп з нашинкованих овочів, відварна курка без шкіри з картоплею відварною, компот із сушених фруктів.

Підвечірок: сир, чай з молоком.

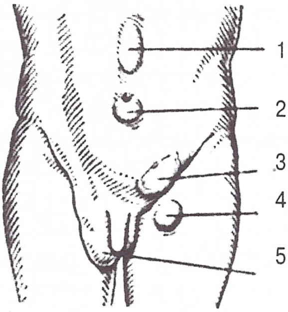
Вечеря: риба відварна, пюре морквяне, чай з молоком.

На ніч: некислі кисломолочні продукти.

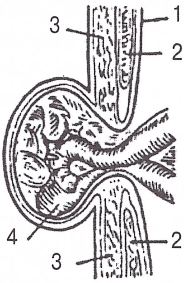
Грижі живота

Грижі живота посідають друге місце після гострого апендициту та становлять 2–4% захворюваності.

Грижа – це отвір – дефект черевної стінки, через який випинаються органи черевної порожнини разом з очеревиною. Структура грижі: ворота, мішок, вміст. Таке випинання може відбуватися під шкіру, у міжм'язові простори або внутрішні порожнини. За анатомічним розміщенням грижі бувають: пахові, стегнові, пупкові, білої (серединної) лінії живота, поперекові, мечоподібного паростка, грижі на післяопераційних рубцях. За етіологією: бувають уроджені та набуті.



Вигляд гриж залежно від місця їхнього утворення:
1 – грижа білої лінії живота; 2 – пупкова грижа; 3 – пряма пахова грижа; 4 – стегнова грижа; 5 – коса пахова (калиткова) грижа



Грижа передньої стінки живота
(схема):
1 – очеревина;
2 – черевні м'язи;
3 – шкіра і підшкірна клітковина;
4 – кишкова петля у грижовому мішку

Найчастіше появу грижі спричиняє підвищення внутрішньочеревного тиску, що за наявності слабких місць (наприклад, пахова ділянка, пупкове кільце та ін.) призводить до грижового випинання.

Загалом, причини появи грижі умовно поділяють на місцеві і загальні. Місцеві – це коли виникає слабкість тих ділянок тіла, через які випинаються грижові мішки. Загальні – фізична праця, постійні натуги від закрепів, іноді слабкий розвиток м'язів та ін. У вагітних підвищується внутрішньоутробний тиск, черевна стінка послаблюється і тоншає, що підвищує можливість появи грижі. Дуже небезпечні травми черевної стінки: там утворюються "слабкі місця", через які випинаються внутрішні органи. Вроджені грижі виникають через внутрішньоутробні вади розвитку, наприклад, незарощення пупкового кільця.

Ознака розвитку грижі – випинання, яке збільшується від напруження і зникає у положенні лежачи. З часом випинання збільшується і не вправляється навіть у лежачому положенні.

При неускладнених грижах, крім косметичного дефекту, можуть непокоїти незначний біль, диспептичні явища. Нерідко пацієнти самі звертають на них увагу, звертаються до лікаря і діагноз підтверджується. Крім симптому випинання, який є провідним, характерний також симптом "кашльового поштовху".

Під час діагностики хворого оглядають у горизонтальному та вертикальному положенні. Якщо вмістом грижі є кишківник, то нерідко хворі скаржаться на закрепи та болі при пальпації живота.

Лікування гриж тільки оперативне. Чим менша грижа, тим кращий результат оперативного втручання. Оперувати слід у плановому порядку, так зменшується імовірність післяопераційних ускладнень.

Найчастіше виникають пахові грижі – 70% . Післяопераційні – 20% , пупкові – 6% , стегнові – 3% , грижі білої лінії живота – 11% , та інші – більше 1% .

Думка про можливість вилікувати грижу без операції є помилковою. Інколи люди не прислухаються до рекомендацій лікаря, зволікають з оперативним втручанням, що призводить до ускладнень. Найважчим і дуже небезпечним є защемлення грижі, яке виникає від м'язового напруження. Проймає різкий біль у животі, з'являються диспептичні явища (нудота, блювання, закреп, пронос, не відходять гази, здувається живіт), зникає симптом "кашльового поштовху" – диференціальна ознака защемленої грижі. Грижа, яку досі можна було вправити, тепер не вправляється навіть у положенні лежачи. У таких випадках слід негайно, без зволікання, направити хворого до хірургічного відділення. Як хворий, так і лікар повинні розуміти, що своєчасне звертання по допомогу позбавить післяопераційних ускладнень та врятує життя.

Як уже зазначалося, раціональніше здійснювати планове оперативне втручання. Абсолютними протипоказаннями до нього є: злоякісний процес, декомпенсований стан серцево-судинної системи, туберкульоз у стадії розпаду. Відносними протипоказаннями є: вік немовляти до 6 міс., похилий та старечий вік, вагітність за 2–3 місяці до пологів, відмова хворого від оперативного втручання.

Для оперативного лікування грижі використовують метод ауто- та аллопластики, який визначається індивідуально для кожного пацієнта. Застосовують також малоінвазивні методики оперативного втручання – лапароскопічні та ендоскопічні.

Щоб не допустити появи грижі, слід зміцнювати слабкі грижові місця, не піднімати вантажі понад установлену норму.

Рідксні форми гриж

До цих форм належить грижа мечоподібного паростка, бокова грижа живота, поперекова, обтураційна, сіднична та промежинна.

Грижа мечоподібного паростка зустрічається рідко. Основні симптоми – біль в ділянці мечоподібного паростка, вип'ячування в його ділянці.

Лікування: видалення мечоподібного паростка, висічення грижового мішка.

Бокова грижа живота може з'явитися у ділянці прямого м'яза живота, а внаслідок травми – у будь-якому місці черевної стінки. Таку грижу можуть ще спричинити вади розвитку м'язів черевної стінки. Вмістом грижового мішка можуть бути тонка кишка, чепець, сліпа та ободова кишки.

Розрізняють три види цієї грижі: грижа піхви прямого м'яза, грижі спіелевої лінії, грижі від призупинення розвитку черевної стінки.

Основні симптоми – біль та грижове випинання різних розмірів залежно від ширини грижових воріт.

Лікування бокових гриж живота тільки оперативне. Якщо вони невеликі, після видалення мішка грижові ворота зашивають. Зашивають пошаровим накладанням швів на поперековий та внутрішній косий м'яз, а також на апоневроз зовнішнього косого м'яза. При грижах великих розмірів застосовують пластичні методики.

Поперекова грижа – грижове випинання на задній та бокових стінках живота, що виходять через різні щілини та проміжки між м'язами та окремими кістками поперекової ділянки.

Поперекові грижі виходять через такі анатомічні утвори як трикутник Пті, проміжок Грінфельта-Лесгафта та апоневротичні щілини.

Найчастіше вмістом грижового мішка є тонка кишка та чепець. Основний симптом – збільшення гриж під час фізичного навантаження. Ускладнення – защемлення. Радикальний метод лікування – оперативний.

Обтураційна грижа з'являється через обтураційний канал, який проходить над лобковою кісткою, і буває переважно у жінок літнього віку. Симптоматика різноманітна. Вмістом такої грижі

найчастіше буває тонка кишка, чепець. Діагностика ускладнена, особливо якщо грижове випинання не виходить за межі обтураційного каналу.

Лікування оперативне. Операцію проводять стегновим способом за допомогою ляпаратомії або комбінованим способом.

Сіднична грижа виходить на задню поверхню тазу через великий або малий сідничний отвір, також буває переважно у жінок літнього віку. Найчастішим ускладненням є защемлення. Защемлену сідничну грижу рекомендують оперувати комбінованим способом, починаючи з ляпаротомії, під час розтину грижових воріт слід слідкувати, щоб не поранити сідничні судини.

Промежинна грижа – випинання, що проходить через сечостатеву перетинку або між волокнами м'язів, які формують промежину. У жінок буває частіше, ніж у чоловіків.

Розрізняють передні та задні промежинні грижі. Їхнім вмістом можуть бути сечовий міхур або його дивертикул (порожнистий відросток), жіночі статеві органи, в задніх грижах – кишківник та чепець.

Лікування оперативне. Операції проводять промежинним доступом з допомогою ляпаратомії та комбінованим способом.

Діафрагмальна грижа – вихід черевних органів до грудної порожнини. Можуть бути вродженого або травматичного походження. Наявні грижові ворота та грижовий вміст, але без грижового мішка.

Вони поділяються на травматичні та нетравматичні.

Нетравматичні грижі містяться у певних типових місцях: у стравохідному отворі, куполі діафрагми, щілині Ларрея, отворі Бохдалека.

За клінічним перебігом травматичні діафрагмальні грижі ділять на гострі та хронічні.

Діафрагмальні грижі пов'язані з порушенням функції як зміщених органів черевної порожнини, так і стиснених органів грудної порожнини. Тому можуть спостерігатися розлади шлунково-кишкового тракту, порушення дихання і кровообігу та діафрагмальні симптоми.

Рентгенологічний метод дослідження – основний у діагностиці діафрагмальних гриж. Він дає змогу встановити, які органи вийшли з черевної порожнини, де міститься грижовий отвір та яка його величина.

Найважче ускладнення діафрагмальної грижі – защемлення, яке може виникнути після пошкодження та утворення грижі, але частіше розвивається через кілька років. Оперують методом торакотомії, лапаротомії або комбінованим способом. Наявність діафрагмальної грижі є абсолютним показом до операції.

Внутрішні черевні грижі утворюються всередині черевної порожнини в черевних кишенях або складках. Клінічно проявляються кишковою непрохідністю. Лікування тільки оперативне.

Незважаючи на рідкісні прояви хвороби, про неї слід пам'ятати та запобігати ускладненням завдяки своєчасній діагностиці.

Гостра кишкова непрохідність

Гостра кишкова непрохідність – одне з найважчих гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини і супроводжується високим рівнем післяопераційної летальності (8–10%).

Кишкова непрохідність буває:

I. Динамічна: спастична, паралітична.

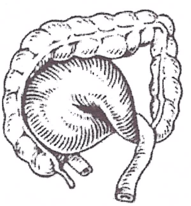
II. Механічна: обтураційна або закупорювальна, пухлинна, інвагінаційна (коли один відрізок кишківника заглиблюється у просвіт іншого), аскаридна, копростаз (застій калу в товстому кишківнику) тощо;

III. Странгуляційна (заворот тонкої або товстої кишки, вузлоутворення, внутрішнє защемлення, спайкова непрохідність).

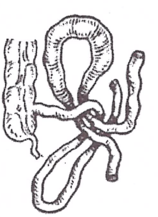
Останнім часом у зв'язку із збільшенням людей літнього та старечого віку значно зросла кількість хворих з кишковою непрохідністю через появу пухлин.

Спастична форма кишкової непрохідності виникає після ударів у живіт, отруєння, від глистної інвазії, при деяких неврологічних захворюваннях. У хворих виникають переймисті болі в животі, блювота. У цих випадках самолікування недопустиме, хворого необхідно терміново госпіталізувати.

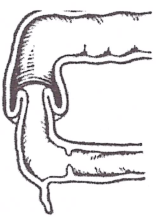
Надзвичайно важливою є диференціальна діагностика з обтураційною кишковою непрохідністю, яка потребує екстреного оперативного втручання. На відміну від обтураційної, спастична непрохідність не викликає підвищення температури, живіт не здутий, гази не відходять, відсутні ознаки подразнення очеревини, рентгенологічне дослід-



Заворот сигмоподібної кишки



Заворот тонких кишок з вузлоутворенням



Інвагінація кишок

ження не показує чаші Клойбера. Потрібен стан спокою, дієта. Призначають поперекову новокаїнову блокаду за Вишневським, 1 мл 0,1% розчину атропіну підшкірно, стаціонарне лікування обов'язкове.

Паралітична кишкова непрохідність виникає після операції на органах черевної порожнини, під час перитоніту, пошкодження порожнинних органів тощо. Спостерігаються: здуття живота, затримки випорожнень та газів, важкий загальний стан, блювота, виражена тахікардія. Лікування полягає в усуненні причин, що викликали паралітичну непрохідність. Крім того, призначають внутрішньовенні інфузії 60–80 мл 10% розчину натрію хлориду та 80–100 мл 3,75% розчину калію хлориду, підшкірно призначають 1–2 мл 0,05% розчину прозерину.

Обтураційна (закупорювальна) кишкова непрохідність зумовлена перекриттям кишки внутрішньо або стисненням ззовні: брижі при цьому не травмуються і кровопостачання не страждає. Клінічно прояви залежать від рівня та причини обтурації, тривалості захворювання та віку хворого. Копростаз розвивається повільно та характеризується тривалим затриманням випорожнень та газів, болем у животі. Лікується консервативно. Пухлиноподібна обтураційна непрохідність зустрічається переважно у хворих літнього віку, розвивається повільно, характеризується тривалими закрепами. Больовий синдром наростає поступово, хворі майже ніколи не скаржаться на сильний біль. Лікування оперативне, обсяг та характер визначають під час операції.

Найважче перебігає странгуляційна непрохідність. У хворих з'являються переймисті болі, здуття живота, блювота, затримка випорожнень та газів. Важкий стан зумовлений інтоксикацією організму, різким зневодненням та шоком. Температура тіла частіше буває нормальною, інколи – субфебрильною. Рентгенологічне дослідження визначає чаші Клойбера. На пізніх стадіях захворювання через порушення кровообігу в брижах настає некроз з наступним розвитком перитоніту. Лікування странгуляційної непрохідності тільки хірургічне і чим раніше, тим краще.

Спайкова непрохідність частіше виникає після апендектомій, операції з приводу гострої кишкової непрохідності, гінекологічних операцій. Клінічні прояви залежать від форми та рівня непрохідності кишківника. Лікування полягає в ляпаротомії та усуненні причин, що зумовили непрохідність.

Профілактичними заходами кишкової непрохідності, зокрема пухлинного походження, є проведення діагностичних обстежень кишківника: іригоскопія, фіброколоноскопія, що дають змогу вия-

вити захворювання на ранніх стадіях і вчасно лікувати, а також своєчасне очищення кишківника, дотримання дієти, збагаченої клітковиною, вживання висівкового хліба.

Тромбоз та емболія брижових судин

Це найважче ускладнення з усіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, летальність від нього перевищує 90%. Найчастіше вражається верхня брижова артерія (96%) та значно рідше нижня (4%). Причиною емболії (закупорювання) є облітеруючі захворювання судин, гіпертонічна хвороба, кардіосклероз, ендокардит, портальна гіпертензія, злоякісні новоутворення тощо. Тромбоз та емболія брижових судин можуть розвиватися після травм органів черевної порожнини, в післяопераційному періоді оперованих защемлених гриж, гострої кишкової непрохідності.

Початок захворювання раптовий, з гострим переймистим болем у животі, через кілька годин біль стає постійним. Біль не локалізований. За своїм характером та інтенсивністю він нагадує больовий синдром під час гострого панкреатиту. Хворі неспокійні, не можуть знайти в ліжку зручного положення. Починається тривале блювання, нерідко з домішками крові. У деяких хворих бувають рідкі випорожнення. Через кілька годин стан хворого різко погіршується, він впадає у колаптоїдний стан з падінням артеріального тиску та вираженою тахікардією. Згодом через порушення кровообігу та розвиток інфаркту кишківника з'являються перитонеальні симптоми: рівномірне здуття живота, послаблення перистальтики та випіт у черевну порожнину. Під час огляду: шкіра бліда, з землистим відтінком. Живіт помірно здутий, нелокалізований біль. Важливим діагностичним показником є підвищений артеріальний тиск у перші години захворювання. Далі з наростанням симптомів артеріальний тиск понижується. У крові – різкий лейкоцитоз із значним зсувом вліво.

Діагноз непрохідності мезентеріальних (брижових) судин підтверджується аортографією або селективною мезентерикографією. Доцільне лапароскопічне дослідження, яке дасть змогу оглянути кишківник. Диференціальну діагностику слід проводити хворим з абдомінальною формою інфаркту міокарда та гострим панкреатитом. Необхідно пам'ятати, що при тромбозі та емболії брижових су-

дин спостерігається невідповідність між важкістю захворювання та даними об'єктивних локальних досліджень, що значно ускладнює діагностику.

У разі підозри на мезентеріальний тромбоз слід негайно викликати швидку допомогу для термінової госпіталізації. Зволікання небезпечне для життя. Лікування оперативне, в доопераційному періоді проводять ретельну протишокову та дезінтоксикаційну терапію. Виконується лапаротомія, обсяг операції визначається під час розкриття черевної порожнини. Нежиттєздатну частину кишківника видаляють.

На ранніх етапах захворювання виконують тромбектомію та емболектомію, застосовуючи зонд Фогарті у поєднанні з антикоагулянтами, які перешкоджають згортанню крові.

Одним із методів запобігання мезентеріальному тромбозу є лікування хронічних захворювань: гіпертонічної хвороби, портальної гіпертензії, своєчасне оперативне лікування грижі. А у випадках виникнення захворювання необхідна негайна госпіталізація, всебічне обстеження та радикальне лікування.

Закриті травми живота

Це одна із складних проблем невідкладної хірургії. Тим часом, останніми роками кількість закритих травм живота збільшується у зв'язку з дорожнім травматизмом. За такої травми провідними симптомами є абдомінальний шок, кровотеча та перитоніт, вони виражені різною мірою, що дає складний комплекс симптомів та вимагає від лікаря неабиякої пильності й перестороги.

Розрізняють такі ушкодження:

- Забої черевної стінки.
- Пошкодження очеревини та позаочеревинного простору.
- Пошкодження порожнинних органів.
- Пошкодження паренхіматозних органів.
- Комбіновані пошкодження.

Забої черевної стінки

Найлегші травми, для яких характерним є локалізований біль, що посилюється під час фізичного навантаження.

У разі розриву м'язів або апоневрозу черевної стінки важливими є три симптоми: дефект у м'язово-апоневротичному шарі, гематома, ознаки подразнення очеревини.

Лікування консервативне, проте у разі наростання гематоми, її нагноєння, доцільно провести оперативне втручання. Гематому слід розрізати та перев'язати кровоточиву судину. На догоспітальному етапі – прикласти холод.

Крововилив у позаочеревинний простір

Трапляється часто, особливо під час ушкодження тазу та хребта. Розрізняють: 1) низько розміщені гематоми малого тазу та розміщені до IV поперекового хребця; 2) гематоми на рівні II–V поперекових хребців; 3) верхні, розміщені в ділянці підшлункової залози та сонячного сплетіння, між XII грудним та III поперековим хребцем.

Під час крововиливу в позаочеревинний простір кров просочує клітковину, там згортається, тому гематома ніколи не буває справжньою, тобто не має порожнини.

Клінічна картина крововиливу на початку має симптоми "гострого живота". Біль постійний, має схильність до стихання. Живіт помірно здутий, відмічається притуплення перкуторного звуку, затим розвивається рефлекторний парез кишківника, який тримається 5–7 днів.

Крововиливи в позаочеревинний простір необхідно диференціювати з пошкодженями внутрішніх органів живота, а також сечовивідних шляхів. Від ушкодження нирок та сечовивідних шляхів також бувають крововиливи в позаочеревинний простір, тому обов'язкові урологічні методи дослідження (УЗД, рентгенографія сечовивідних шляхів), що дає змогу провести диференційну діагностику.

При госпіталізації хворого необхідно передусім провести протишокові заходи, діагностичні процедури. Паранефральна новокаїнова блокада має як лікувальне, так і діагностичне значення. Проти парезу кишківника роблять гіпертонічні клізми, вводять медикаментозні препарати.

Закриті пошкодження порожнинних органів

Їх зазнають шлунок, дванадцятипала, тонка, ободова та пряма кишка, сечовий міхур. Буває, що такі ушкодження поєднуються.

Розрізняють:

- Пошкодження від удару або стиснення;
- Забої без порушення слизових та серозних оболонок;
- Надриви окремих оболонок;
- Повний розрив стінки;
- Розчавлення під час надзвичайно важких травм.

За наявності ознак розриву необхідна невідкладна операція для відновлення цілісності пошкодженого органа.

У багатьох випадках спостерігається напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивні симптоми подразнення очеревини, обмеження рухливості передньої черевної стінки під час дихання. Перкуторно вдається визначити найболючішу ділянку. Оглядова рентгеноскопія визначає вільний газ та обмеження рухливості купола діафрагми, ректальне дослідження допомагає виявити рідину в черевній порожнині. З метою діагностики використовують лапароскопію.

У незрозумілих випадках необхідно провести лапаротомію, тому що, невиявлені вчасно пошкодження призводять до пізнього втручання, що значно погіршує наслідки операції. Лапаротомію, частіше серединну, здійснюють під інтубаційним наркозом. Тактика хірурга залежить від характеру розриву кишківника. Коли розриви у стінці кишки поодинокі, отвір зашивають у поперековому напрямку до її осі. Так само зашивають численні пошкодження, що розміщені на значній відстані один від одного. А коли розривів багато і вони містяться один біля одного або кишка відірвана від брижі, показана резекція пошкодженої ділянки кишки.

Під час операції черевну порожнину максимально вивільняють від кишкового вмісту, вводять антибіотики широкого спектра дії. За наявності видимих ознак перитоніту черевну порожнину дренують за допомогою гумової трубки, через яку вводять антибіотики. В сучасних умовах застосовують також методи керованої ляпаротомії.

У післяопераційному періоді протягом перших 2–3–5 діб внутрішньовенно вводять глюкозу, плазму, антибіотики.

Пошкодження прямої кишки бувають внутрішньо- або позаочеревинні. У першому випадку розвиваються явища калового перитоніту, і тільки своєчасна операція рятує життя хворого; при позаочеревинному пошкодженні прямої кишки може розвинутись калова флегмона малої миски. У цьому разі вдаються до параректального або промежинного розтину, ушивають стінку кишки, а рану дренують тампонами з антисептиком. Якщо стінку кишки зашити неможливо, виводять протиприродний задній прохід, а рану промежини дренують.

Пошкодження сечового міхура бувають закриті та відкриті.

Закриті можуть бути викликані ззовні або зсередини. Переповнений сечовий міхур виступає над лонними кістками і тому стає доступним для пошкодження. Порожній міхур весь вміщується у малій мисці, добре захищеній кістковим поясом, тому менш вразливий до пошкоджень.

Якщо порушена цілісність окремих шарів стінки і сеча не витікає за межі міхура, таке пошкодження називають непроникаючим.

Якщо порушена цілісність усіх шарів міхура і сеча витікає за його межі, має місце проникаюче поранення.

Під час внутрішньоочеревинного розриву сечового міхура асептична сеча потрапляє до черевної порожнини і подразнює її. Пізніше приєднується інфекція і розвивається поширений перитоніт.

Від позаочеревинного розриву сеча виливається у навколоміхурову клітковину, утворює порожнини та кишені і спричиняє некроз мискової клітковини. Коли приєднується інфекція, розвивається мискова флегмона.

З діагностичною метою у порожнину сечового міхура вводять гумовий катетер, через який слабким струменем видаляється невелика кількість кров'янистої сечі. Клінічно розриви сечового міхура супроводжуються різким болем в низу живота, безперервними позивами на сечовиділення, але сеча не виділяється зовсім або при сильному болі капають поодинокі краплини.

Закритий розрив сечового міхура необхідно диференціювати з пошкодженням сечовивідного каналу, при яких: 1) з уретри виділяється кров поза процесом сечовипускання; 2) сечовий міхур переповнений сечею, при перкусії чути притуплений звук над лобком.

При будь-якій травмі живота при переломах таза наявність гематурії вказує на пошкодження міхура або уретри.

Закритий розрив сечового міхура потрібно терміново оперувати.

За внутрішньоочеревинного розриву здійснюють нижню серединну лапаротомію, кишківник відводять догори, черевну порожнину санують, знаходять дефект в стінці сечового міхура, зашивають його дворядними кетгутовими швами. Черевну порожнину зашивають наглухо, а при перитоніті дренують двома гумовими трубками, які виводять через контрапертури у правій та лівій здухвинних ділянках. У разі позаочеревинного розриву серединним надлобковим розтином відкривають передміхуровий простір, розкривають сечовий міхур, дренують його.

Закриті пошкодження паренхіматозних органів

Травми селезінки найчастіші поміж закритих травм живота.

Селезінка – орган кровотворної та лімфатичної системи, міститься у лівому підребер'ї між діафрагмою та шлунком, має форму кавового боба з однією випуклою, другою – увігнутою поверхнею. Довжина селезінки 12 см, ширина 7–8, товщина 3–4 см, маса 150–200 г. Проте розміри бувають індивідуальні.

Розрізняють два види розриву селезінки: повні та неповні, або двомоментні.

При повному розриві одночасно розриваються всі елементи селезінки – пульпа, капсула та очеревинний покрив.

Від неповного розриву можуть утворитися такі форми травм: 1) внутрішньоселезінкова ґематома; 2) розриви паренхіми з утворенням підкапсульної гематоми; 3) розриви паренхіми і капсули селезінки з утворенням периспленарної гематоми.

Загальні ознаки розриву селезінки: шок, внутрішня кровотеча, слабкість, бліда шкіра та слизові, блювання, інколи при перкусії – притуплення звуку у відлогих місцях живота, абсолютний при ушкодженні селезінки симптом "івана-покивана" – при спробі повернути хворого на правий бік або спину виникає різкий біль і хворий знову лягає на лівий бік. Біль спочатку локалізується в лівому підребір'ї, ірадіює у ліву руку, лопатку, напружуються м'язи передньої черевної стінки у лівому підребір'ї.

Складніші для діагностики двомоменті розриви селезінки, оскільки утворена внутрішньоселезінкова гематома, не потрапляючи до черевної порожнини, не зумовлює специфічної симптоматики, що ускладнює діагностику. Загальний стан хворого дещо поліпшується, але небезпека для його життя залишається. У багатьох хворих зростає селезінкова тупість, болісність у лівому підребір'ї. Через кілька днів після травми при розсмоктуванні підкапсульної гематоми може з'явитися іктеричність склер.

У разі встановленого розриву селезінки єдиним методом лікування є термінова лапаротомія та спленектомія. При підозрі на внутрішню кровотечу внаслідок травми селезінки також показана термінова ляпаротомія.

Для зниження летальності необхідна термінова госпіталізація з моменту одержання травми та термінова операція. В сучасних умовах слід використовувати мождивості ляпароскопічної техніки.

Закриті пошкодження печінки

За даними більшості авторів, посідають третє місце поміж усіх закритих травм органів черевної порожнини, а за важкістю, складністю розпізнавання та лікування є найсерйознішими.

Розрізняють закриті та відкриті пошкодження печінки.

Закриті спостерігаються переважно у чоловіків працездатного віку. Частіше травмується права доля печінки, значно рідше – ліва.

Клінічна картина залежить від характеру пошкодження печінкової паренхіми.

При субкапсулярній гематомі або невеликій тріщині з порушенням цілісності капсули стан хворого відносно задовільний. При значних або множинних розривах – важкий стан з двома провідними синдромами: внутрішньоочеревинна кровотеча та травматичний шок. Під час обох – бліда шкіра, холодний піт, гіпотонія.

Характерними ознаками еректильної фази шоку є: збудження, часте поверхневе дихання, нормальний або підвищений артеріальний тиск, бліда шкіра та слизові. Деякі хворі набувають вимушеного положення, при зміні якого біль посилюється.

Від тривалої кровотечі розвивається торпідна фаза шоку. Хворі стають байдужими, пригніченими, потерпають від спраги, часто дихають, наростає тахікардія, знижується артеріальний тиск.

Один із провідних симптомів закритої травми печінки є біль у правому підребір'ї, який ірадіює у плече та лопатку, в деяких випадках охоплює черевну порожнину. Інтенсивність та характер болю залежить від ступеня пошкодження печінки, шоку та внутрішньої кровотечі.

Напруження м'язів передньої черевної стінки при ізольованих пошкодження печінки відмічається у правому підребір'ї, рідше буває поширеним.

Через 1–2 години після травми печінки в аналізі крові відмічається падіння гемоглобіну, еритроцитів, підвищення кількості лейкоцитів, що свідчить про внутрішню кровотечу. У цей період починають проявлятися ознаки подразнення очеревини: загострюються риси обличчя, язик стає сухим, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, парез шлунково-кишкового тракту, здуття живота, під час аускульпації черевної порожнини – відсутність перистальтики.

У відлогих місцях черевної порожнини при перкусії визначається тупість звуку, що пов'язано з накопиченням у ній крові та деякої кількості жовчі.

Із неспецифічних симптомів слід відмітити: шкіра бліда, рідкий пульс у перші години від початку травми з наступним прискоренням та зниженням його напруження, блювання, затримка газів та випорожнень.

При закритих травмах печінки показане тільки оперативне втручання і чим раніше, тим кращі віддалені результати. Найдоцільніша серединна ляпаротомія, при якій за потреби можна додати поперековий розріз праворуч.

Для тимчасової зупинки кровотечі із рани печінки слід застосовувати пальцьове притиснення печінково-дванадцятипалої зв'язки. При ранах печінки звичайні вузлуваті шви застосовувати недоцільно, так як паренхіма печінки легко прорізується та рветься. При невеликих ранах слід використовувати П-подібні шви.

Для закриття рани печінки використовується чепець в тому числі і для тампонади на живильній ніжці, краї його підшивають до краю рани. Чепцем закривають і ранову поверхню печінки при резекції. Його розгортають та підшивають вузловими швами, які туго не затягують, щоб не прорізати паренхіму печінки.

Якщо лінія резекції печінки проходить поблизу жовчного міхура, то він може бути мобілізований і використаний разом з чепцем для закриття ранової поверхні.

В тому випадку, коли рана печінки має коритоподібну форму, застосовують гепатизацію, так як краї її легко зближуються і можуть бути зашиті блокоподібними або звичайними вузлуватими кетгутовими швами.

Рану печінки можна також закрити серпоподібною зв'язкою або глісоновою капсулою.

Важким ускладненням в післяопераційному періоді є перитоніт, особливо при поєднаних пошкодженнях, а також післяопераційні жовчні нориці.

Закрите пошкодження печінки та її лікування – один із важких розділів невідкладної хірургії.

При закритих травмах печінки ізольовані пошкодження жовчного міхура бувають досить рідко. При розривах жовчного міхура без ураження позапечінкових ходів його видаляють.

Пошкодження нирок

Їх спричиняють удари безпосередньо по нирках в поперековій ділянці, падіння на поперекову ділянку вантажу, стиснення тощо.

Найнебезпечнішим є розвиток перитоніту, коли одночасно з ниркою зазнала розриву очеревина. Тоді кров та сеча, виливаючись у черевну порожнину, призводять до цього небезпечного ускладнення.

Найчастішою та важливою ознакою розриву нирки є гематурія (95%). Вона відсутня лише в деяких випадках: при відриві сечовода або повному розриві всіх судин нирки, а також перекритті сечовода кров'яним згустком. За відсутності гематурії діагностика ускладнюється.

У деяких випадках для уточнення діагнозу рекомендовані спеціальні урологічні методи дослідження: внутрішньовенна урографія, радіоізотопне сканування нирок.

Якщо немає різкого падіння артеріального тиску, не наростають явища анемії, проводять консервативне лікування. Коли через сильну кровотечу наростає анемія, падають пульс та артеріальний тиск, показане термінове оперативне втручання. При розчавленні нирки, глибоких розривах її паренхіми, відривах сечоводу або судин проводять термінову нефректомію.

При поверхневих пошкодженях нирки в межах коркового шару, відриві полюса або одночасних пошкоджень обох нирок проводять органозберігаючі операції з дренуванням навколониркового простору. При ізольованому пошкодженні нирки застосовують позаочеревинний доступ.

Поєднані закриті пошкодження

Закриті поєднані пошкодження органів черевної порожнини, позаочеревинного простору, кісток тазу, ребер належать до найважчих травм. Клінічна картина поєднує симптоми, характерні для кожного пошкодженого органа, проте провідними є шок, внутрішні кровотечі та перитоніт. Лікування закритих поєднаних травм органів черевної порожнини – тільки хірургічне.

Отже, закриті травми живота є однією з найскладніших проблем невідкладної хірургії, основними заходами є свєчасна госпіталізація, діагностика, оперативне втручання та догляд.

Патологія селезінки

Аномалії розвитку

Вроджена відсутність селезінки зустрічається рідко і найчастіше поєднується з іншими вадами розвитку.

Недорозвиток селезінки (гіпоплазія або мікроспленія) зустрічається також рідко: анатомічно орган сформований правильно, має звичайну будову, але зменшений.

Додаткові селезінки – найчастіший вид аномалії. Будова додаткових селезінок аналогічна основному органу, вони можуть бути одиничними або численними, локалізуються найчастіше в ділянці воріт селезінки (54%), у її зв'язках, по ходу судинної ніжки, у чепці, мають величину від просяного зерна до нормальної селезінки. Ін-

коли додаткові селезінки мають самостійну брижу з окремою судиною. У цих випадках можливі завороти, що мають перебіг клінічної картини гострого живота.

Пам'ятати про можливість додаткових селезінок необхідно у зв'язку з можливими рецидивами захворювань крові після проведеної спленектомії.

Кісти селезінки

Кістозні утворення селезінки розділяють на непаразитарні та паразитарні.

Непаразитарні кісти бувають істинні та хибні. Стінка істинної кісти, яка найчастіше має вроджене походження, зформована із сполучної тканини, вистелена ендотелієм або епітелієм, в порожнині міститься серозна рідина. Рідко зустрічаються дермоїдні кісти. Найчастіше зустрічаються вроджені кісти, що не мають внутрішньої вистилки (псевдокісти). Вони розвиваються після травми (50%) або інфекцій (сипний тиф, малярія, туберкульоз). Псевдокісти при травмі утворюються в результаті аутолітичних процесів, що проходять у гематомі, та утворення фібринної капсули, яка з роками перетворюється у фіброзну. За характером вмісту кісти поділяють на серозні, геморагічні та серозно-геморагічні. Вони можуть міститися всередині селезінки або субкапсулярно. Величина кіст різна – від дрібних численних до одиничних велетенських, що містять до 1 л рідини.

Кілінічна картина непаразитарних кіст залежить в основному від їх розміру та проявляється відчуттям важкості, незначними болями у лівому підребір'ї. При великих кістах можуть розвиватися явища кишкової непрохідності.

При огляді хворого звертає увагу асиметрія живота, випинання у лівому підребір'ї, під час пальпації визначається збільшена, еластична неболісна селезінка, може визначатися флюктуація.

Діагноз непаразитарної кісти доволі важкий. Доводиться проводити диференціальну діагностику щодо пухлин селезінки, нирки, позаочеревинними пухлинами, спленопатіями. В план обстеження мають бути включені рентгенографічні методи обстеження шлунково-кишкового тракту, інфузійна урографія. Найвагомішою є ляпароскопія та УЗД.

Лікування – хірургічне. Більшість фахівців вважають за необхідне проводити спленектомію, мотивуючи неможливість енуклеації кісти з ризиком залишити одну з множинних кіст. Проте слід прагнути виконати органозберігаючу операцію, особливо у дітей. Проводять

ушивання кісти або сегментарну резекцію селезінки. При кістах, що тісно зрослися з оточуючими органами та тканинами, можна розкрити кісту та тампонувати її чепцем, який в подальшому здійснюватиме дренування рідини, котра накопичується у порожнині кісти.

Серед паразитарних кіст найчастіше трапляються ехінококові. Селезінка уражується дуже рідко – 2–5% випадків порівняно з печінкою (70–80%). Селезінка вражається кістозною формаю ехінококозу. Клінічно картина нагадує симптоми непаразитарної кісти: тупі болі у лівому підребір'ї, симптоми стиснення сусідніх органів. Діагностиці допомагають серологічні реакції (Каццоні, латексна проба), виявлення у крові стійкої еозинофілії.

Ехінококоз може ускладнюватися нагноєнням, розривом, стисненням кісти. Розрив її небезпечний перитонітом.

Найбільш радикальним методом лікування є спленектомія. Якщо селезінку видалити неможливо, допустимо обмежитися розкриттям кісти, видаленням хітинової оболонки з обробкою порожнини кісти 10%-ним розчином формаліну, висіченням її стінок та накладанням швів.

Абсцеси

Найчастіше виникають гематогенним шляхом при септикопіємічних процесах, деяких інфекціях (малярія, дизентерія, тифи), переході гнійного процесу з сусідніх органів, при перитоніті, після травми. Абсцеси селезінки найчастіше поєднуються з метастатичними абсцесами в інших органах (печінці, нирках, легенях), можуть бути дрібними численними та одиночними крупними. Гній кров'янистий, шоколадного кольору. В посівах вмісту визначається патогенна мікрофлора: стафілокок, кишкова паличка.

Клінічна картина – різноманітна, залежить від фону, на якому виник абсцес та від локалізації у товщі селезінки. При абсцесі у нижньому полюсі пальпується збільшена болюча селезінка, позитивні симптоми подразнення очеревини. При розміщенні абсцесу у верхньому полюсі виражені явища з боку плеври: випіт, обмеження рухливості лівого купола діафрагми, послаблення дихання в нижніх відділах лівої легені. Загальний стан хворого важкий: лихоманка, зміни з боку формули крові, інтоксикація. В деяких випадках на фоні масивної антибактеріальної терапії абсцес селезінки має в'ялий, підгострий характер. Ускладнення можуть бути пов'язані з проривом абсцесу у вільну черевну порожнину, прилеглі органи (шлунок, товсту кишку).

Діагноз встановити досить важко. Використовують комп'ютерну томографію, сканування.

Лікування: найраціональнішим є розкриття гнійника з дренуванням. При локалізації абсцесу в нижньому полюсі селезінки розтин проводять нижче реберої дуги над місцем флюктуації (якщо вона визначається). При локалізації абсцесу у верхньому полюсі раціональнішим є трансторакальний доступ через дев'яте-десяте міжребір'я з резекцією ребер та ізоляцією плеври шляхом зшивання її з діафрагмою. Попередньо в таких випадках варто провести пункцію піддіафрагмального простору та розкрити гнійник по голці. Спленектомія показана у тих випадках, коли селезінка не зрощена з очеревиною та мають місце численні абсцеси або розплавлення паренхіми.

Лікування є комплексним, включає, окрім оперативного втручання, інтенсивну антибіотикотерапію, інфузійну та імунотерапію.

Перитоніт

Перитоніт – запалення очеревини, дуже складне захворювання, летальність сягає 60–70%.

Очеревина – серозна оболонка, що вистеляє внутрішню поверхню черевної стінки та покриває розміщені в черевній порожнині органи. Загальна площа очеревини приблизно така ж, як і шкіри.

Очеревина здійснює такі функції: всмоктувальну; видільну; бактеріальну та хімічну.

Класифікація.

І. За походженням: 1) первинні (1%); 2) вторинні (99%).

Первинний перитоніт зумовлений попаданням інфекції: а) ззовні, б) гематогенним шляхом, в) криптогенним (з мигдаликів, карієсних зубів, геніталій). Такі запалення мають сприятливий перебіг.

За характером мікрофлори розрізняють специфічні та неспецифічні.

Специфічні (туберкульозний, сифілітичний тощо).

Усі інші – вторинні перитоніти; тобто є ускладненням хірургічної паталогії: гострого апендициту – 53%; холециститу, панкреатиту – 22%; перфоративної виразки шлунка та 12-палої кишки – 11%.

Спричиняють перитоніт також пухлини, кишкова непрохідність, травми живота, захворювання жіночих статевих органів.

II. За клінічним перебігом: 1) гострі, 2) підгострі, 3) хронічні.

III. За характером збудника поділяються на: 1) асептичні (причиною є кров, сеча, жовч). Виникають при розриві сечового міхура, позаматкової вагітності. 2) Інфекційній.

Клінічний перебіг хвороби залежить від першопричини. В стравоході переважають коки. У 12-палій кишці грамнегативні палички, нижні відділи кишківника містять анаеробну гнильну мікрофлору.

IV. За характером випоту: 1) серозний, 2) фібринозний, 3) фібринозно-гнійний, 4) гнійний, 5) геморагічний, 6) гнилісний.

V. За поширенням процесу: 1) обмежений (місцевий) – 1–2 ділянки черевної порожнини; 2) загальний (поширений) – 3–5 ділянок черевної порожнини.

Стадії перитоніту: 1) реактивна – перші години; 2) токсична – до 72 годин; 3) термінальна.

Клініка першої стадії: біль у животі, найсильніший у ділянці катастрофи. Шкіра та слизові бліді, тахікардія, субфебрильна температура, блювота, вимушена поза.

Пальпаторно: напруження м`язів передньої черевної стінки, м`язевий дефанс, при перфорації виразки – дошкоподібний живіт. Симптоми подразнення очеревини різко позитивні, зникає печінкова тупість. При непрохідності помітна асиметрія живота. У складних випадках доцільно застосовувати ляпароцентез – це прокол черевної стінки для видалення рідини.

У другій стадії – токсичній – спостерігається сухість шкіри, загострення рис обличчя, підвищення температури, тахікардія, блювота кишковим вмістом, живіт здутий, не бере участі в диханні.

Пальпаторно – незначна болючість, перкураторно-високий тимпаніт, притуплення у фланках. Анемія, високий лейкоцитоз. На рентгені – чаші Клойбера.

При розкритті черевної порожнини – значна кількість ексудату, роздуті петлі кишківника, відсутність перистальтики.

У третій – термінальній стадії (більше 24 годин) – стан украй важкий, різко сповільнюється або повністю припиняється всмоктування із черевної порожнини, свідомість сплутана, нерідко виникає ейфорія, адинамія. Підсилюються диспептичні явища, різко підвищується температура тіла, пульс частий, слабкого наповнення, зниження артеріального тиску, тони серця приглушені, дихання часте, поверхневе, метеоризм, болі по всьому животу, напруження передньої черевної стінки, позитивні симптоми подразнення очеревини, відсутність перистальтики кишківника, невідходження газів.

Останнім часом дедалі частіше доводиться стикатися з атиповими формами перитоніту у зв`язку із застосуванням антибіотиків.

За поширеного гнійного перитоніту відбуваються зміни в сечовидільній системі: в сечі з`являється білок, виникає гематурія. Глюкоза в сечі у токсичній фазі перитоніту вказує на порушення функції підшлункової залози. Можуть розвиватися явища токсичного пієліту та нефриту. Добова кількість сечі через великі втрати організмом рідини зменшується.

Диференціальний діагноз перитоніту проводять з нижньодольовими пневмоніями та пневмотораксом (особливо спонтанним), переломами нижніх ребер і забоями передньої черевної стінки.

Лікування

Гострий поширений перитоніт лікують комплексно, поєднуючи термінове оперативне втручання з передопераційною підготовкою.

Така підготовка включає:

1) корекцію гемостазу (вводять внутрішньовенно рідину – фізіологічний розчин, неогемодез, розчин Рінгера, білкові препарати). Обов`язково слід вимірювати центральний венозний тиск, який у нормі становить 80–120 мм водного стовпа; 2) дезінтоксикацію; форсований діурез; 3) назогастральний зонд; очищувальні клізми.

Під час операції застосовують інтубаційний наркоз, розріз – серединно-серединний, ліквідовують ексудат, особливо ретельно обстежують піддіафрагмальні простори, бокові канали, порожнину малого таза, виявляють джерело перитоніту та усувають його. Особливе значення має промивання черевної порожнини, дренування для постійного промивання. У ранньому післяопераційному періоді проводять антибіотикотерапію препаратами широкого спектра дії, корекцію водно-електролітного обміну, інтубацію тонкого кишківника назогастральним зондом.

Останнім часом дедалі частіше застосовують керованоу лапаротомію, при якій черевну стінку після названих вище дій закривають за допомогою спеціального пристосування, а через три дні повторно виконують санацію черевної порожнини.

Важливе значення у післяопераційному періоді відіграє харчування. Перші 2–4 дні, в основному, його проводять парентерально (крапельниці), а далі індивідуально з урахуванням стану кишківника, печінки, нирок.

Черевний діаліз (очищення) – дієвий засіб, що допомагає якнайшвидше вивести мікробні токсини із крові та черевної порожнини,

зменшити кількість екзотоксинів, що утворюються внаслідок розпаду продуктів білка та клітин організму. Черевний діаліз рекомендують тільки в тих випадках, коли має місце поширений перитоніт.

Промивання – лаваж найщадливіший спосіб очищення черевної порожнини.

Отже, застосування класичних та сучасних методик дає можливість якнайшвидше реабілітувати хворого.

Профілактикою перитоніту є своєчасна діагностика гострої хірургічної патології та оперативне її усунення.

Варикозна хвороба

Це захворювання вен, що характеризується нерівномірним збільшенням їх діаметра, вузликоподібною звивистістю, потоншанням венозної стінки. Можуть уражатися вени різних органів (стравоходу, сім'яного канатика – варикоцеле, прямої кишки – геморой). Найчастіше виникає варикозне розширення вен нижніх кінцівок, яке є найбільш поширеним, зустрічається у 15-17% населення, характерне переважно для жінок. Нерідко воно починається під час вагітності.



Вторинний варикоз може виникнути також після травми.

Варикозна хвороба нерідко супроводжується важкими ускладненнями (тромбофлебіт, кровотечі, трофічні виразки), що призводять до тимчасової, а інколи стійкої втрати працездатності. Визначальну роль у виникненні варикозного розширення вен відіграє спадковість, а також набуті фактори, що призводять до слабкості м'язевих та еластичних елементів стінок вен, недостатності клапанів венозних судин, підвищенню гідростатичного тиску у

венах тощо. До схильних факторів, що сприяють розвитку венозної гіпертензії, зниженню тонуса вен, відтоку крові належать такі фактори як вагітність, важка фізична праця, тривале перебування на ногах.

Існує два типи варикозної хвороби: 1) первинний варикоз, що розвивається внаслідок пошкодження клапанного апарату вен, 2) вторинний варикоз – симптоматичний. Він розвивається внаслідок порушення відтоку крові в системі глибоких вен кінцівок або аномалій розвитку. Варикозна хвороба може мати стадію компенсації, субкомпенсації та декомпенсації.

Сучасна класифікація варикозної хвороби:

1. Внутрішкірний або підшкірний варикоз без патологічного вено-венозного рефлюкса.

2. Сегментарний варикоз з рефлюксом по поверхневих та перфорантних венах.

3. Поширений варикоз з рефлюксом по поверхневих та перфорантних венах.

4. Варикозне розширення за наявності рефлюкса по глибоких венах.

Хронічна венозна недостатність буває трьох ступенів:

0 – відсутня;

перший – синдром "важких ніг", тимчасовий набряк;

другий – стійкий набряк, гіпер- або гіпопігментація, ліподерматосклероз, екзема;

третій – венозна трофічна виразка (відкрита або загоєна).

Крім того, необхідно враховувати ускладнення варикозної хвороби: кровотеча та тромбофлебіт.

Міжнародна класифікація CEAP* (1994) (клінічна, етіологічна, анатомо-патофізіологічна класифікація)

До факторів, що сприяють розвитку варикозної хвороби, належать: вроджена слабкість венозної стінки; довготривала робота, яка виконується у вертикальному положенні; тривала ходьба. Недостатність клапанів та втрата пружності стінок також буває наслідком уроджених або набутих деформацій клапанів та сповільненого венозного кровообігу.

Вагітність майже в чотири рази збільшує частоту варикозного розширення вен у жінок.

Розвиток та прогресування хронічної венозної недостатності супроводжується різними скаргами та низкою певних симптомів. Найчастіше хворих непокоїть відчуття важкості, розпирання, жару та болю в литках, особливо ввечері. Найчастіше ці ознаки виникають після три-



валих статичних навантажень. Зазвичай, вони повністю минають або суттєво слабшають під час ходьби та після нічного відпочинку. Натомість найчастіше вночі дошкуляють судоми в литках. Найбільш видимим зовнішнім проявом варикозної хвороби є розширення, а згодом і вузликова деформація підшкірних вен, котрі у вигляді синюшних конгломератів поширюються по гомілці та стегну.

Такі симптоми здебільшого характерні для компенсованої стадії. В стадії компенсації болі більш інтенсивні, відчуття важкості підсилюється у другій половині дня. Біль та набряк значно зменшуються зранку, періодично з'являється свербіж. При обстеженні – гіперпігментація в нижній третині гомілки. Глибокі вени прохідні. У стадії декомпенсації хворі скаржаться на постійний біль, набряк, важкість у ногах, Часто з'являються судоми у литках. Варикозне розширення підшкірних вен стегна та гомілки, виражене ще більш рел'єфно. За ходом розширених вен спостерігається індурація шкіри, виражена її пігментація в ділянці середньої та нижньої третини гомілки. На цьому фоні мо-

жуть з'являтися трофічні виразки без вираженої периофкальної запальної реакції з сірими краями та незначними серозно-гнійними виділеннями. Нерідко за ходом варикозно розширених вен з'являються щільні болючі інфільтрати (тромбофлебіт поверхневих вен). Велика та мала підшкірні вени значно розширені, варикозно змінені, венозний тиск підвищений. Вторинне (компенсаторне) розширення вен виникає в результаті тромбозу комунікантних вен або глибоких і супроводжується набряками та синюшним кольором шкіри гомілки та стегна. Для диференціальної діагностики первинного (істинного) та вторинного (компенсаторного) варикозу існують спеціальні проби та симптоми.

Проба Броді-Троянова-Тределенбурга полягає в наступному: хворий, перебуває у горизонтальному положенні з припіднятою під кутом 45° хворою ногою до випорожнення відшкірних вен від крові. В цьому положенні притискають підшкірну вену нижче пупартової зв'язки і хворому пропонують встати. Якщо поверхневі вени протягом 15–30 с залишаються незаповненими, а затим їх наповнення відбувається повільно від периферії до центру – проба позитивна (клапани комунікантних вен функціонують). Швидке наповнення підшкірних вен (протягом 5–7 секунд) свідчить про те, що клапани комунікантних вен пропускають кров із глибоких вен в поверхневі. Для вивчення клапанного апарату поверхневих вен після випорожнення підшкірних вен на верхню третину стегна накладають джгут. Хворий приймає вертикальне положення, після чого знімають джгут. Швидке наповнення підшкірних вен свідчить про недостатність клапанів підшкірних вен.

При маршевій пробі Дельбе-Пертеса хворому, що знаходиться у вертикальному положенні, накладають джгут в середній третині стегна і пропонують йому походити 3–5 хвилин, при добре функціонуючих комунікантних та глибоких венах поверхневі вени випорожнюються і спадаються (проба позитива). Для визначення функціонального стану глибоких та комунікантних вен існують і такі проби як Шварца, Пратта, Малера та ін. З метою діагностики в сучасних умовах проводять ультразвукове дослідження судин, реовазографію, внутрішньовенну флебографію.

Поміж ускладнень, крім венозної недостатності, потрібно виділити розрив варикозного вузла з кровотечею та гострий тромбофлебіт.

Лікування варикозної хвороби як хірургічне, так і консервативне.

На ранніх проявах захворювання, що характеризуються появою на шкірі "сітки" або застійних червоно-синіх плям, обов'язко-

вим є діагностичне обстеження у лікаря-фахівця, огляд, ультразвукове дослідження судин, реовазографія.

Слід бути пильними в разі появи набряку, важкості в ногах, втомлюваності (особливо ввечері), болю, судом у литках.

Хворим потрібне постійне медикаментозне лікування. Як свідчить практика, фітопрепарати та комплексні гомеопатичні композиції посідають помітне місце в консервативному лікуванні та профілактиці захворювання.

Не менш важливо для профілактики та лікування варикозної хвороби дотримуватися режиму праці та відпочинку.

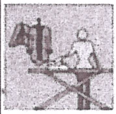
Хронічна венозна недостатність

Практичні поради

Чого не потрібно робити:



• Уникайте тривалого нерухомого положення, сидіння в позі нога на ногу.



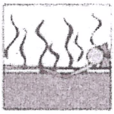
• Уникайте нерухомого перебування в положенні стоячи.



• Знижуйте надмірну масу тіла. Не носіть тісного одягу (тісні джинси, пояси, резинки).



• Не носіть взуття на плоскій підошві або на підборах вище 5 см.



• Уникайте гарячих ванн, сауни, лазні, а також перегрівання нижньої половини тіла.



• Уникайте тривалого перебування на сонці.

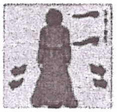
Що корисно робити:



• Регулярно виконуйте фізичні вправи (ходьба, плавання, їзда на велосипеді, танці).



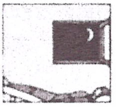
• Під час тривалого сидіння періодично робіть гімнастику для ніг.



• Віддавайте перевагу просторому одягу. Дізнайтесь у вашого лікаря, які види еластичного компресійного трикотажу (колготи, панчохи) відповідають ступеню вашої венозної недостатності.



• Завершуйте водні процедури холодним душем на гомілки в напрямку знизу догори.



• Під час сну чи відпочинку тримайте ноги в підійнятому положенні. Робіть це якомога частіше в період вагітності.

Препаратів для лікування варикозної хвороби багато, проте всі вони призначаються індивідуально лікарем. При оперативному втручанні застосовують операції Троянова-Тределенбурга, Нарата, Бебкока, Дитерихса та ін.

Профілактика: раціональний режим праці та відпочинку, індивідуальне призначення медикаментозних препаратів. У разі ускладнення варикозної хвороби – тромбофлебіту та кровотечі – негайна госпіталізація у хірургічне відділення.

Тромбофлебіт та флеботромбоз

Тромбофлебіт – це розвиток запального процесу у вені з утворенням тромба. При цьому спочатку відмічається ураження всіх шарів судинної стінки. Тромб щільно фіксується до стінки вени.

Флеботромбоз – характеризується тромбозом вени без запальної реакції в стінці судини, тромб не фіксований, а флотує. Поділ венозного тромбозу на флеботромбоз та тромбофлебіт доцільне з точки зору вибору методу лікування.

В практичній роботі хірурга найчастіше використовують класифікацію Л.І.Кліонера (1969), заснований на зазначенні локалізації тромбозу на шляху його поширення з урахуванням етіології, клініки та ступеня порушення венозної гемодинаміки. За цією класифікацією виділяють: 1 – тромбоз системи нижньої порожнинної вени: тромбоз вен, що дренують м'язи гомілки; здухвинно-стегновий: тромбоз підниркового, ниркового, надниркового сегментів нижньої порожнини вени або тромбоз всього стовбура нижньої порожнинної вени; кава-ілеофеморальний тромбоз; поєднаний тотальний тромбоз всієї глибокої венозної системи нижньої порожнинної вени; 2 – тромбоз верхньої порожнинної вени: тромбоз стовбура верхньої порожнинної вени на рівні гирла непарної вени, вище та нижче його; тромбоз всього стовбура верхньої порожнинної вени, тромбоз стовбура верхньої порожнинної вени та безіменних вен; тромбоз пахвової та підключичних вен; тотальний тромбоз всієї глибокої венозної мережі верхньої кінцівки. За етіологічним фактором: тромби після травм, операцій, пологів, при варикозній хворобі, алергії, спадкових внутрісудинних факторах, наявність спадкових позасудинних факторів (стиснення пухлинами, аневризмами). За клінічним перебігом: гострий, підгострий, посттромбо-флебітичний синдром, гострий тромбофлебіт на фоні ПТФС. За ступенем трофічних розладів: легка, середня та важка форма.

Клінічні прояви захворювання визначаються ступенем порушень відтоку крові із басейну тромбованої вени та вираженістю запального процесу у вогнищі захворювання. Хворі скаржаться на біль та набряк кінцівок, що підсилюється при фізичних навантаженнях, підвищену температуру тіла та зміну кольору шкіри хворої кінцівки. В більшості випадків захворювання гостре або підгостре, що характеризується гострим болем з литках, при опусканні кінцівки шкіра набуває синюшного кольору. При гострому тромбозі здухвинної та стегнової вени набряк поширюється на всю нижню кінцівку. Біль поширюється як на гомілку, так і на стопу. При огляді порівняння проводять із здоровою кінцівкою.

Надзвичайно важливим діагностичним методом є ультразвукове дослідження судин, на якому визначають локалізацію та обсяг тромбозу, що дає можливість підтвердити або спростувати клінічний діагноз, а також проводити контроль лікування. Протипоказань для УЗД судин не виявлено.

Лікування проводять як консервативне, так і оперативне. Абсолютними показами до оперативного втручання є: прогресуючий тромбофлебіт великої підшкірної вени та її гілок на рівні стегна; гострий прогресуючий тромбофлебіт малої підшкірної вени на рівні верхньої третини гомілки, гострий тромбофлебіт підшкірних вен при неефективності консервативного лікування. Відносні покази: гострий обмежений тромбофлебіт підшкірних вен гомілки та нижньої третини стегна, хвороба Мондора, гострий мігруючий тромбофлебіт підшкірних вен, гострий обмежений тромбофлебіт підшкірних вен гомілки (О.О. Шалімов, І.І. Сухарєв, 1984).

Консервативне лікування гострого тромбофлебіту направлено на відновлення магістрального кровотоку та попередження посттромбофлебітичного синдрому. Показами для його застосування є: тромбофлебіт гомілки без тенденції до поширення в проксимальному напрямку, наявність вираженого запального процесу, важкий стан хворого, що не дає можливості провести оперативне втручання. При тромбофлебіті поверхневих вен рекомендують щадливий режим з обов'язковим еластичним бинтуванням. Із медикаментозних засобів застосовують ортофен, троксевазин, детралекс, анавенол, ескузан; доцільне застосування антикоагулянтів та фізіотерапевтичних процедур. Місцево застосовують мазі; троксевазинову, гепаринову, ліотон, гепатромбін, бажано в поєднанні з 30% розчином димексиду. При тромбофлебіті глибоких вен додають антикоагулянти прямої та непрямої дії в поєднанні з тромболітичними препаратами, низькомолекулярні декстрани, протизапальні засоби та еластичне бинтування. Ефективність лікування спос-

терігається і найбільш актуальна у перші 3–5 днів. Харчування в цей період повинне бути збагачене вітамінами, особливо вітаміном С. Доцільно призначати таблетований вітамін С по 0,5–1 г на добу.

Отже, поєднання щадливого режиму, раціонального медикаментозного, фізіотерапевтичного та оперативного лікування дозволяє реабілітувати хворого та суттєво скоротити термін непрацездатності. При гострому тромбофлебіті термін непрацездатності від 14-ти днів до 1,5–2 міс. залежно від обсягу ураження, методу лікування та професійної діяльності пацієнта.

Гостра артеріальна непрхідність магістральних судин

Гостра артеріальна непрохідність магістральних судин кінцівок розвивається в результаті емболії, тромбозу або спазму артерії. Клінічна картина характеризується гострим болем у кінцівці, відчуттям похолодання, оніміння, "повзання мурашок". Розвиток подальшої симптоматики пов'язаний з діаметром тромбованої судини, функціональним станом колатералей, тривалістю захворювання, що визначає ступінь ішемії кінцівки.

При огляді: шкіра бліда, через 6–8 годин набуває синюшного відтінку, а через добу набуває мраморного кольору. Дистальна частина кінцівки (від місця непрохідності) холодна на дотик, температура шкіри знижена на 1–2°С. Одним з важливих та достовірних ознак гострої артеріальної непрохідності є відсутність пульсу дистальніше оклюзії. При емболії підколінної артерії пульс не визначається на тильній артерії стопи та задній великогомілковій артерії. При непрохідності здухвинної артерії немає пульсу на стегновій, підколінній та артеріях стопи. Відмічається порушення рухливості ураженої кінцівки, знижується тактильна та больова чутливість, при сильних ураженнях може наставати повна анестезія. Клінічний перебіг захворювання визначається станом колатерального кровообігу: при компенсації порушеного кровообігу кінцівка теплішає, колір шкіри стає блідо-рожевим, відновлюється рухливість. При декомпенсації периферичного кровотоку через 12–14 годин настають безповоротні зміни у м'яких тканинах ішемізованої кінцівки і її змертвіння стає неминучим. Для визначення хірургічної тактики та вибору найраціональнішої методики лікування необхідна правильна оцінка ступеня ішемії кінцівки. Найчастіше використовують класифікацію, розроблену О.О. Шалімовим та Н.Ф. Дрюком (1979), яка

включає 4 ступеня ішемії: I – легка, II – середня, III – важка; та IV – стадія гангрени. При I ступені відмічається виражений больовий синдром після емболії, парестезії, похолодання кінцівки без порушення рухливої функці. та чутливості. Своєчасно проведена радикальна операція призводить до одужання. Проте можуть виникати різні ускладнення та наслідки гострої артеріальної непрохідності, що потребує тривалого лікування.

III ступінь ішемії кінцівки характеризується наявністю м'язевих контрактур, обмеженням пасивних рухів у суглобах. Відновлення кровотоку при ішемії III ступеня не дає повного відновлення функції кінцівки. Можуть залишатися м'язеві контрактури, некроз пальців або окремих м'язевих груп, постішемічний набряк, неврити та інші ускладнення. При IV ступені – гангрена та незворотні зміни тканин: спостерігаються контрактури у великих суглобах, втрата больової чутливості, набряк м'яких тканин, У деяких хворих з'являється демаркаційна лінія, що свідчить про змертвіння дистального відділу кінцівки, з'являється виражена інтоксикація, значно погіршується загальний стан. В таких ситуаціях лише ампутація кінцівки в межах здорових тканин може попередити ускладнення та врятувати життя хворому.

Діагностика грунтується на клінічних ознаках, для надання допомоги необхідно визначити рівень порушення артеріальної непрохідності. Застосовують контрастну ангіографію із використанням йодомістких препаратів, а також реовазографію, УЗД судин, капіляроскопію, термометрію шкіри.

Лікування має бути екстренним, починаючи з догоспітального етапу. Хворий потребує термінової госпіталізації в судинний центр або хірургічне відділення. При встановленні діагнозу в поліклініці зразу ж вводять підшкірно 2,0 мл 1% розчину промедолу, 4 мл но-шпи та 2,0 мл 2% розчину папаверину внутрішньом'язево. В стаціонарі в залежності від тривалості тромбозу, стану хворого, наявності супутніх захворювань застосовують оперативне або консервативне лікування. Операція емболектомії ефективна при I–III ступені важкості та застосована у перші і 10–12 годин від початку виникнення гострої артеріальної непрохідності. При початковій гангрені – ампутація.

Консервативне лікування полягає у застосуванні антикоагулянтів прямої та непрямої дії, фібринолітичних та знеболюючих засобів. Доцільно призначати препарати, що покращують реологічні властивості крові (реополіглюкін, трентал).

Профілактика повторних захворювань полягає у тривалому застосуванні антикоагулянтів непрямої дії та лікуванні супутніх захворювань.

Хронічні облітеруючі захворювання артерій кінцівок

Облітеруючі захворювання кінцівок відмінні за етіологією та патогенезом, проте мають подібні морфологічні та клінічні прояви, що виражаються у звуженні діаметру судин аж до повної їх облітерації та наявності ішемічного синдрому. Існує більше 30 класифікацій облітеруючих захворювань артерій кінцівок, що грунтуються на обліку патогенетичних, морфологічних та клінічних характеристик. Більшість авторів серед цієї групи захворювань розрізняють облітеруючий атеросклероз, облітеруючий артеріоз (ендартериїт) та хворобу Рейно.

Облітеруючий атеросклероз серед оклюзивних захворювань займає перше місце та характеризується дистрофічним процесом в інтимі з відкладанням ліпідів та утворенням бляшок та розвитком звужень артеріальних судин. На відміну від облітеруючого ендартериїту при атеросклерозі патологічний процес охоплює переважно внутрішню оболонку артерії та не виходить за її межі. Характерною особливістю облітеруючого атеросклерозу є те, що патологічний процес розвивається за типом сегментарних оклюзій крупних та середніх магістральних стовбурів, що дозволяє застосовувати при цьому захворюванні різні відновлювальні оперативні втручання. Найчастіше хворіють чоловіки віком старші за 50 років. Хворі скаржаться на біль в літках при ходьбі (переміжна кульгавість), поява відчуття холоду в пальцях стоп, швидка втомлюваність. Спочатку біль виникає при значному фізичному навантаженні, а далі і в стані спокою. Больовий синдром розвивається повільно, інколи протятом кількох років, таким же чином розвиваються і трофічні зміни: спочатку шкіра стоп стає бліда з іктеричним відтінком, у пізніх стадіях розвивається гіперкератоз, крихкість нігтів, поява тріщин та трофічних виразок. Атеросклероз є системним захворюванням судин, в зв'язку з цим у хворих нерідко буває порушення коронарного або мозкового кровообігу.

З метою діагностики визначають пульсацію на артеріях кінцівки: стегновій, підколінній, артеріях стоп. Застосовують інструмен-

тальні методи: реовазографію, осцилографію, ультразвукове дослідження та ангіографію.

Хірургічне лікування: застосовують при сегментарних оклюзіях крупних артеріальних стовбурів з наявністю задовільної функції судин відтоку, застосовують тромбінтимектомію, резекцію ураженої ділянки артерії, заміщення останньої протезом "кінець в кінець" або "кінець у бік", обхідне шунтування з використанням аутовени тощо. Консервативне лікування має бути комплексним і направлене на нормалізацію ліпідного обміну, ліквідацію ангіоспазму та стимуляцію розвитку колатерального кровообігу, нормалізацію обмінних процесів в тканинах ураженої кінцівки, покращення мікроциркуляції та корекцію реологічних властивостей крові. З цією метою призначають солкосерил внутрішньовенно або внутрішньом'язево по 4 мл протягом місяця, трентал по 0,1 г 2 рази на день, реополіглюкін по 400 мл через день 15–20 інфузій, папаверин, но-шпу, антикоагулянти непрямої дії, вазопростан та інші препарати. Для стимуляції розвитку колатерального кровообігу доцільно застосовувати барокамери. Із фізіотерапевтичних методів лікування призначають дарсонвалізацію, УВЧ, діатермію тощо. Одним із важливих методів терапії на етапі реабілітації є санаторно-курортне лікування. В Україні ефективним є лікування у санаторіях м. Хмільник. Хворі з облітеруючими захворюваннями судин мають перебувати на диспансерному обліку з дотриманням щадливого режиму в домашніх та вирбничих умовах, – не рекомендуються тривалі відрядження, робота в нічний час, шкідливі умови праці. Обов'язково необхідно проводити курс протирецидивного лікування 1–2 рази на рік. Мета протирецидивного лікування – корекція порушень гемодинаміки; покращення реологічних властивостей крові та нормалізація ліпідного обміну. При суворому дотриманні профілактичних заходів та систематичному протирецидивному лікуванні вдається зберегти працездатність диспансерних хворих на тривалий час.

Облітеруючий артеріоз (ендартериїт) – системне нейродистрофічне судинне захворювання, що характеризується тривалим перебігом з періодами загострень та ремісій. При облітеруючому ендартериїті мають місце дегенеративні та проліферативні процеси у всіх шарах стінки судин.

Клінічні спостереження свідчать про те, що початок захворювання часто пов'язується з хронічною інтоксикацією нікотином, переохолодженням, залишковими явищами черепно-мозкової травми, інфекційними захворюваннями. Частіше хворіють чоловіки віком

20–40 років, уражаються переважно судини нижніх кінцівок, відмічається висхідний тип облітерації судин – від мілких до крупніших артерій. На відміну від атеросклерозу при облітеруючому артеріозі майже завжди спостерігається периартеріїт. Для нього характерний тривалий перебіг з періодами ремісій та загострень. Інколи можна спостерігати безсимптомний перебіг захворювання, що пояснюється компенсацією порушеного периферичного кровообігу шляхом активного включення в гемодинаміку колатералей. Здебільшого захворювання починається швидкою втомлюваністю кінцівок, парестезіями, переміжною кульгавістю. В деяких випадках біль стає постійним. У молодому віці облітеруючий ендартериїт протікає злоякісніше з вираженим больовим синдромом та розвитком гангрени дистальних відділів кінцівки. Біль супроводжується тривалим безсонням, в окремих випадках навіть нервовими розладами. Особливо це характерно для хворих з трофічними змінами та генералізацією гнійної інфекції.

Існує біля 40 класифікацій облітеруючого ендартериїту. У практичній роботі найчастіше користуються класифікацією Д.Ф. Скрипниченка (1972), згідно з якою виділяють 5 стадій захворювання.

I – початкова (спастична) – прохідність судин збережена, швидка втомлюваність нижніх кінцівок зумовлена стійким периферичним ангіоспазмом.

II – тромботична, наявність сегментарного або численного тромбозу артерій, Порушення периферичного кровотоку компенсоване функцією колатералей.

III – трофічна, супроводжується вираженим больовим синдромом, мають місце трофічні порушення. Колатеральний кровообіг не компенсує порушену гемодинаміку.

IV – некротична. Трофічні виразки ускладнюються гнійною інфекцією, рельєфніше виражений поліневрит, розвивається атрофія м'язів нижніх кінцівок.

V – гангренозна, що супроводжується змертвінням пальців та дистального відділу стопи.

В ранній стадії захворювання визначається незначний ціаноз шкіри пальців стопи, випадання волосся, порушення потовиділення та гіперкератоз. Для діагностики облітеруючого артеріозу запропоновані такі симптоми:

1. Симптом Оппеля: у лежачому положенні на піднятих нижніх кінцівках спостерігається зблідніння шкіри пальців, особливо на пі-

дошвенній поверхні стопи (заміряють час за допомогою секундоміра). При опусканні кінцівки блідість повільно зникає.

2. Проба Бурденка: хворий стає босоніж на підлогу, потім за розпорядженням лікаря сідає, згинає кінцівку в суглобі під кутом 45°. При огляді на підошвенній поверхні ураженої кінцівки залишаються бліді плями.

3. Проба Казаческу: по шкірі передньої поверхні тупим предметом проводять поздовжні лінії. При облітеруючому ендартериїті вона залишається нижче рівня облітерації судин.

4. Симптом Голдфлама заснований на підвищеній втомлюваності ніг в зв'язку з порушенням їх кровопостачання при фізичному навантаженні: хворий, лежачи на спині, ритмічно згинає та розгинає стопи у гомілково-стопних суглобах. При недостатньому кровопостачанні кінцівка втомлюється швидше. На цьому принципі і базується методика ергометрії з використанням спеціального апарату.

5. Проба Панченка: уражену кінцівку покласти на здорову. Вже через кілька секунд у хворого виникає неприємне відчуття парестезії, болі в литках.

6. Проба Колінза та Вілянського: при піднятті кінцівки вени спадуться, а при опусканні наповнюються. Реєструють час наповнення вен. В нормі він не більший 7с. При ураженні магістральних артерій наповнення вен тилу стопи настає через 90 та більше секунд.

7. Проба Алєксєева полягає у визначенні різниці температури шкіри ураженої кінцівки до і після фізічного навантаження. При облітеруючому артеріозі температура шкіри ніжніх кінцівок знижується після ходьби.

Крім проб та симптомів вимірюють пульс на стегновій та підколінній артеріях та на артеріях стопи. Використовують і інструментальні дослідження: капіляроскопію, осцилографію, термометрію шкіри, реографію та контрастну артеріографію, ультразвукове дослідження судин.

Лікування хворих з початковими стадіями ооблітеруючого артеріозу проводиться в амбулаторних умовах і має бути направлене на усунення факторів, що спричиняють виникнення периферичного спазму, розвиток колатерального кровообігу, покращення кровопостачання кінцівки та попередження подальшого прогресування захворювання. Із препаратів, що розширюють судини, призначають 2% розчин папаверину, но-шпу, гангліоблокатори у вигляді 2% розчину бензогексонію. Для покращення окисно-відновних процесів у тканинах та попередження трофічних змін призначають солкосерил, актовегін внут-

рішньом'язево або внутрішньовенно крапельно протягом 2-х тижнів. З метою корекції гемодинамічних порушень застосовують реополіглюкін по 400 мл внутрішньовенно протягом 2–3 тижнів, трентал. Медикаментозне лікування доцільно проводити на фоні гіпокоагуляції, в зв'язку з чим хворим призначають антикоагулянти непрямої дії до зниження рівня протромбіну до 60–65%.

Медикаментозне лікування доцільно поєднувати з фізіотерапевтичним та санаторно-курортним лікуванням (баротерапія, діатермія, радонові та сірководневі ванни). Санаторно-курортне лікування призначають через 4–6 місяців після загострення процесу.

В декомпенсованих стадіях застосовують хірургічні методи лікування: тромбартеріектомія, обхідне шунтування аутовеною. Поперекова симпатектомія направлена на зняття спазмів периферичних судин. Покази до оперативного втручання визначаються в умовах стаціонару після комплексного обстеження хворого.

Профілактика полягає в дотриманні санітарно-гігієнічного режиму на роботі та в побуті. З метою попереження загострення слід 2 рази в рік проводити курс протирецидивного лікування (восени та навесні). Необхідно також відмовитися від куріння, виключити тривале переохолодження, роботу в нічні години, тривалі відрядження, що дасть можливість тривалий час зберегти працездатність.

Хвороба Рейно – захворювання артерій верхніх кінцівок, при якому спостерігаються вазомоторні кризи у вигляді поблідніння пальців китиць під впливом холоду. Хворіють найчастіше жінки віком 20–40 років. У виникненні захворювання значну роль відіграють переохолодження, особливо в умовах підвищеної вологості, захворювання нервової системи, стреси.

Клінічно хвороба Рейно (синдром) починається зблідненням шкіри, гіпестезією та відчуттям холоду протягом короткого часу. При прогресуванні звхворювання вазомоторні кризи стають тривалішими та повторюються все частіше та частіше. Поза приступом шкіра пальців китиць ціанотична, холодна на дотик, відмічається біль у руках. У пізніх стадіях розвитку захворювання з'являються трофічні порушення у вигляді ділянок некрозу та виразок в ділянці кінцевих фаланг. У більшості випадків відмічається циклічність ремісій та загострень, останні здебільшого пов'язані з переохолодженням.

Характерними є локальні судинні кризи, симетричність ураження, наявність пульсації променевої артерії навіть у період загострення.

Лікування полягає у призначенні антиспастичних препаратів та судинорозширюючих засобів (папаверин, но-шпа), вітамінів, ре-

ополіглюкіну, новокаїнової блокади зірчатого вузла, фізіотерапевтичних процедур (УВЧ, грязелікування, сірководневі ванни), позитивні результати дає грудна симпатектомія за Огнєвим.

Профілактика охоплює заходи, направлені на попередження охолодження рук та ніг, виключення роботи з вібраційними приладами, інтоксикації.

ДІАБЕТИЧНА СТОПА. Останнім часом цукровий діабет став досить поширеним захворюванням, у 90% – це діабет другого типу (інсуліно-незалежний) і найчастіше уражаютья судини ніг. При цукровому діабеті страждають як мілкі, так і крупні судини організму, зокрема ті, що мають найбільше функціональне навантаження: судини серця, очей, ніг.

Високий рівень цукру впливає на судинну стінку, вона стає тонкою, крихкого. Через гіпоксію ткинин атрофуються нервові волокна, з'являється відчуття терпкості, повзання мурашок, потім з'являються судоми, болі, порушеная чутливості та терморегуляції.

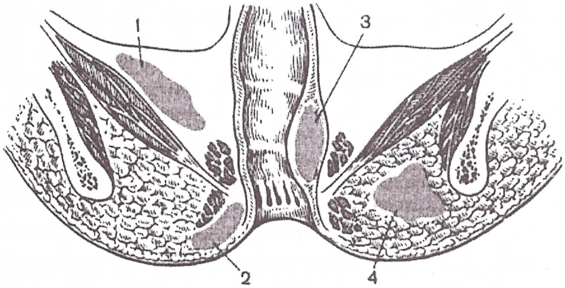
Основним у лікуванні цукрового діаберу є контроль за станом організму, перш за все – рівнем цукру у крові. Слід ретельно наглядати за стопами – вони завжди мають бути чистими та доглянутими, як обличчя. Виявивши пошкодження шкіри, необхідно обробити його перекисом водню або розчином фурациліну, мікроциду. Мозолі не слід видаляти ножицями або лезом, краще використовувати мильно-содові ванночки та спеціальний камінець для стирання гіперкератозу. Якщо холодно, краще носити шкарпетки, особливо у зимню пору. Особливу увагу слід приділяти раціональному підбору взуття, яке має бути максимально комфортним для ноги.

Отже, з метою забезпечення тривалої ремісії при захворюваннях судин нижніх та верхніх кінцівок поряд з медикаментозним лікуванням особлива роль належить профілактиці, яка забезпечується самим пацієнтом.

Парапроктит

Запалення навколопрямокишкової клітковини є одним з найпоширеніших проктологічних захворювань, що потребує хірургічної допомоги. Хворіють здебільшого особи працездатного віку – від 20 до 50 років. Неспецифічний парапроктит відмічається у 98% хворих і лише у 2% – специфічний (туберкульоз тощо). Анаеробні парапроктити зустрічаються рідко. Найчастіше парапроктит розвивається внаслідок запалення анальних залоз. Провокують його мікротравми слизової обо-

лонки прямої кишки та анального каналу. Слизова особливо травмується під час проходження щільних калових мас при закрепах, а також шматочками неперетравленої їжі при проносах. Інколи парапроктит може виникнути після медичних маніпуляцій або оперативних втручань, а також при деяких проктологічних захворюваннях (геморой). Вирішальне значення у його розвитку має стан імунорезистентних сил організму.



Розташування гнійників при парапроктиті (схема)
1 – тазаво-прямокишковий гнійник;
2 – підшкірний; 3 – підслизовий;
4 – флегмона клітковини сідничної ділянки.

Існує кілька класифікацій парапроктиту:

І. За етіологією: неспецифічний (банальний), специфічний, посттравматичний.

ІІ. За активністю запального процесу: гострий, рецидивуючий, хронічний (нориці прямої кишки).

ІІІ. За локалізацією гнійників, інфільтратів, затьоків: підшкірний та підслизовий, сіднично-прямокишковий, тазово-прямокишковий, позадупрямокишковий.

IV. За локалізацією внутрішнього отвору нориці: передній, задній, боковий.

При гострому парапроктиті продромальний період найчастіше триває 2–3 дні та характеризується: слабкістю, поганим самопочуттям, головним болем, підвищенням температури тіла до 38–39°С, лихоманкою, наростанням болю у прямій кишці та анальному каналі, іррадіація болю у нижню частину живота. У розпалі захворювання затримується сечовиділення та порушується акт дефекації. Розвиток та формування гнійника триває 7–10 днів. Можливий прорив гною у пряму кишку або у ділянку промежини. Після неповного очищення гнійника формується нориця прямої кишки (хронічний парапроктит).

Підшкірний парапроктит – найчастіша форма захворювання. Починається гостро, спочатку з'являється біль у ділянці заднього проходу, де формується інфільтрат. Якщо гнійне вогнище виникає в передній частині промежини, у хворого може порушуватися сечовиділення. Біль по-

силюється під час кашлю, дефекації, фізичного навантаження. На початку діагностика ускладнена. Згодом формується болючий інфільтрат.

Сіднично-прямокишковий (ішіоректальний) парапроктит на початковій стадії не має чітких локальних ознак захворювання. Пізніше хворий відчуває важкість та біль у глибині промежини, що підсилюється під час дефекації. Наростає температура тіла, інтоксикація, стан хворого швидко погіршується через лихоманку, слабкість, поганий сон та апетит. Через кілька днів біля заднього проходу з'являються набряки, інфільтрація тканин сідниці, а після розплавлення підшкірної клітковини відчувається флюктуація. При пальцьовому дослідженні прямої кишки пальпується пристінковий болючий інфільтрат з чіткими межами. На пізніх стадіях розвитку гнійного процесу межі інфільтрату розпливаються і в центрі відчувається пом'якшення. Інструментальне дослідження підсилює біль. Без екстренного оперативного втручання гнійник розкривається самостійно назовні, рідше у пряму кишку. Інколи (зрідка) гній може перейти у протилежну сіднично-прямокишкову ямку, утворюючи двосторонній (підковоподібний) парапроктит.

Тазово-прямокишковий парапроктит (пельвіоректальний) буває рідко, але його перебіг найважчий. Діагностувати його важко, тому що гнійне вогнище розміщене у просторі, який зверху прикритий очеревиною, знизу – м'язом, який піднімає задній прохід, позаду – боковими зв'язками прямої кишки, спереду – шийкою сечового міхура та передміхуровою залозою у чоловіків та маткою з широкими зв'язками у жінок. Початок захворювання поступовий, спочатку з'являється відчуття важкості та біль у тазу, пізніше можуть виникнути дизуричні явища рефлекторного характеру. Важливим методом є пальцьове дослідження прямої кишки, що дозволяє виявити болючий інфільтрат. З огляду на локалізацію гнійного процесу треба зважити на те, що гнійник може прориватися не тільки назовні або у пряму кишку, але й у піхву та черевну порожнину.

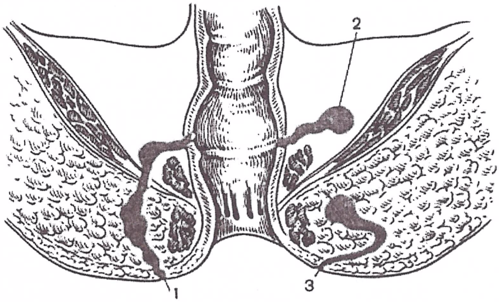
Позадупрямокишковий (ретроректальний) парапроктит виникає вкрай рідко та характеризується відсутністю чітких локальних проявів. Захворювання спочатку безсимптомне, через кілька днів відчувається біль у ділянці куприка, що підсилюється під час дефекації, важкість у прямій кишці. Пальпується еластичне болюче утворення круглої форми або овальної, що виступає у просвіт прямої кишки, з розм'якшенням у центрі. При натисканні на шкіру між куприком та заднім проходом біль підсилюється. Гнійник найчастіше самостійно розкривається у просвіт прямої кишки з наступним утворенням внутрішньої нориці.

Лікування гострого парапроктиту тільки хірургічне. Хворий має бути направлений у проктологічне (хірургічне) відділення для оперативного втручання. Зволікання з операцією не тільки погіршує стан хворого, але й небезпечне через поширення гнійного процесу по клітковинних просторах тазу.

Профілактика парапроктиту полягає у гігієні ділянки промежини та заднього проходу, регулюванні випорожнень, своєчасному лікуванні проктологічних захворювань (геморою, тріщин заднього проходу та ін).

Нориці

Нориці прямої кишки та заднього проходу складають близько 25% всіх захворювань прямої кишки. Розрізняють вроджені та набуті нориці. Останні діляться на травматичні та нориці, що є результатом гострого, несвоєчасно прооперованого, парапроктиту. Розрізняють вроджені нориці (з отвором на шкірі та слизові прямої кишки); неповні зовнішні нориці (з одним або декількома отворами на шкірі навколо анального отвору); неповні внутрішні (відкриваються лише у пряму кишку).



Розміщення нориць при хронічному парапроктиті (схема)
1 – повна (сіднична прямокишкова нориця);
2 – неповна внутрішня нориця;
3 – неповна зовнішня нориця.

Клінічний перебіг нориць прямої кишки та заднього проходу характеризується виділенням гною із отворів нориці на шкірі або з калом при акті дефекації, подразненням та свербінням шкіри помежини, виникненням болю в ділянці прямої кишки при самочинному закритті нориць.

Хворі в зв'язку з тривалістю захворювання та наявністю гнійного вогнища стають роздратованими, скаржаться на безсоння, головний біль, погане самопочуття.

Діагностика нориць неважка. Хворий звертається до поліклініки зі скаргами на наявність гнійного отвору в ділянці промежини. Дані анамнезу дозволяють виявити причину та тривалість захворювання, частоту загострень та характер лікувальних заходів, що проводились. Надзвичайно важливим є огляд та обстеження промежини. Пальпатор-

но визначається наявність рубців, інфільтратів по ходу нориці. При пальцьовому дослідженні прямої кишки визначається внутрішній отвір нориці, тонус сфінктера прямої кишки. Зондування нориці дозволяє вияснити напрямок та відгалуження ходів нориці, їх відношення до волокон сфінктера прямої кишки. Проба з барвником дає можливість достовірно локалізувати внутрішній отвір нориці. Одним з важливих досліджень є контрастна фістулографія, що дає можливість дослідити напрямок та відгалуження норицевого ходу, виявити наявність порожнин та затьоків в параректальних клітковинних просторах. За домогою ректороманоскопії вдається встановити або виключити супутні захворювання; визначити внутрішній отвір високих нориць, стан слизової прямої кишки. В окремих випадках застосовують іригоскопію, колоноскопію; бактеріологічне та імунологічне дослідження.

Клінічна картина захворювання визначається активністю запального процесу, наявністю гнійних порожнин по ходу нориці, а також станом імунорезистентних сил організму хворого.

Інтрасфінктерні нориці прямої кишки є підслизовими або підшкірно-підслизовими і мало впливають на загальний стан хворого. Зовнішній отвір нориці зазвичай визначається поблизу заднього проходу, зонд через зовнішній отвір майже завжди вільно проходить у пряму кишку, проба з барвником позитивна.

Транссфінктерні нориці прямої кишки являють собою найчастішу форму хронічного парапроктиту. Хід нориці контурується у вигляді щільного тяжа у підшкірній клітковині. Пальпароторно нерідко можна визначити наявність інфільтрату. За допомогою пальцьового дослідження прямої кишки уточняється локалізація внутрішнього отвору нориці. Зонд здебільшого проникає у просвіт прямої кишки, також буває позитивна проба з барвником. Дані фістулограм свідчать про те, що майже у 50% хворих хід нориці має розгалуження, у 30% визначаються порожнини у параректальній клітковині. Ці дані необхідні для уточнення діагнозу та вибору найраціональнішого методу оперативного втручання.

Екстрасфінктерні нориці прямої кишки найчастіше є наслідком гострого ішіоректального або пельвіоректального парапроктиту. Вони відрізняються розгалуженням норицевих ходів, інфільтратами на наявністю рубців по ходу нориці та гнійних порожнин в параректальному просторі. При загостренні стан погіршується: з'являється біль в ділянці прямої кишки, підвищення температури. Найчастіше у хворих при огляді виявляють два або більше зовнішніх норицевих отворів. За допомогою пальцевого досліження визначається

внутрішній отвір нориці, зонд проходить паралельно до прямої кишки, що є важливим діагностичним моментом цього виду нориць. Ректороманоскопія нерідко дозволяє виявити у таких хворих супутній проктит та проктосигмоїдит. При фістулографії визначаються порожнини в параректальній клітковині.

Консервативні заходи полягають у регуляції акту дефекації, промиванні норицевих ходів розчинами антибіотиків та антисептичних засобів, мікроклізм з 0,3% розчином коларголу. Консервативне лікування сприяє затиханню запального процесу, є доцільним етапом підготовки до планового оперативного втручання.

Хрургічний метод є єдино радикальним в лікуванні нориць прямої кишки. Хірургічна тактика при оперативному втручанні має визначатися таким терміном:

1. При загостренні хронічного парапроктиту показане термінове оперативне втручання.

2. При підгострому парапроктиті (наявність інфільтрату) проводять активну передопераційну протизапальну терапію протягом 1–3 тижнів, після якої виконують операцію.

3. При хронічному перебігові – планова операція.

4. При стійкій ремісії, коли внутрішній отвір нориці не визначається і гнійний хід облітерований, операція може бути відкладена до загострення парапроктиту.

Проте в кожному випадку небхідно виходити з урахуванням загального стану хворого, віку, наявності супутньої патології, професійної діяльності.

Профілактика полягає у своєчасному лікуванні гострого парапроктиту, адекватному хірургічному втручанні, що суттєво знижує імовірність виникнення нориць.

Геморой

Геморой – одне з найпоширеніших захворювань, яке являє собою гіперплазію кавернозної тканини анального отвору, що виникає внаслідок порушення кровотоку в кавернозних тільцях, в яких функціонують артеріо-венозні анастомози. В зв'язку з цим гемороїдальні вузли заповнюються не венозною, а артеріальною кров'ю. В результаті впливу несприятливих факторів, що підвищують внутрічеревний тиск, печериста тканина зазнає гіперпластичних змін, збільшується кількість артеріо-венозних анастомозів і починае формуватися геморой. До факторів, що сприяють розвиток геморою, також належать хронічні закре-

пи, захворювання органів малого тазу (гінекологічні захворювання, аденома передміхурової залози тощо).

За даними різних авторів геморой виявляють у 10–15% дорослого населення, а 30% хворих на геморой потребують оперативного лікування.

У осіб, що зайняті важкою фізичною працею, мають сидячу роботу, страждають гіпертонічною хворобою, хронічними закрепами, захворювання спостерігається набагато частіше.

Геморой має хронічний тривалий прогресуючий перебіг і поділяється на чотири ступені залежно від наростання характерних симптомів. Окремо виділяють ускладнення геморою у вигляді тромбозу гемороїдальних вузлів, яке називають гострим гемороєм, хворі скаржаться на виділення яскраво-червоної крові, біль при акті дефекації або випадання вузлів. Захворювання розвивається поступово, спочатку відчуття дискомфорту замінюється неприємними відчуттями у прямій кишці, ці явища, зазвичай, проходять самі і хворі до лікаря звертаються рідко. Лише після кровотечі, випаданні вузлів більшість хворих звертається да допомогою. Незначна кровотеча суттєво не впливає на загальний стан хворого. Рясні кровотечі можуть супроводжуватися вираженою постгеморагічною анемією, що призводить до тимчасової непрацездатності хворого.

При огляді помітні зовніші гемороїдальні вузли, які контуруються ізольовано під шкірою, нерідко вони пов'язані з внутрішніми вузлами, утворюючи гемороїдальні комплекси.

Хронічний геморой може ускладнюватися розвитком тромбозу гемороїдальних вузлів. Найчастіше аноректальний тромбоз розвивається при хронічному геморої III–IV ступеня. Шкіра над гемороїдальними вузлами гіперемована, сильний набряк, відмічається підвищення температури тіла до 37–38°С. Хворі скаржаться на біль, свербіж. При пальцевому дослідженні спостерігається набряк внутрішніх гемороїдальних вузлів та спазм сфінктера. Інструментальне дослідження болюче. Спостерігаються дизуричні явища, болюча дефекація може стати причиною тимчасового утримання від їжі. Гемороїдальні вузли нерідко мають синьо-багрове забарвлення, на них спостерігаються ділянки некрозу, нальоти фібрину на слизовій. При некрозі гемороїдальних вузлів стан хворого різко погіршується: температура різко підвищується до 39°С, нерідко супроводжується лихоманкою; навколо анального отвору візуалізується значних розмірів запальний конгломерат, оточуючі тканини напружені, болючі. Пальцьове та інструментальне дослідження протипоказане через різкий біль та можливість тромбоемболії.

При тривалому перебігу захворювання можуть виникнути різного роду ускладнення: рясні кровотечі з постгеморагічною анемією, тромбофлебіт тазових вен, випадіння слизової прямої кишки, гнійний парапроктит з некрозом м'яких тканин промежини.

Лікування геморою проводять в амбулаторних умовах та в стаціонарі залежно від клінічного перебігу та ускладнень. Консервативне лікування при неускладненому геморої полягає у дотриманні дієти, регулюванні випорожнень, утриманні від спиртних напоїв, застосуванні медикаментозних засобів. При кровотечах застосовують глюконат кальцію, вікасол, холод місцево, на 20–30 хв.

Позитивний ефект спостерігається від застосування геморoїдальних свічок, їх зараз дуже великий вибір, на курс лікування необхідно не менше 20 свічок. Із фізіотерапевтичних засобів при запаленні геморoїдальних вузлів доцільно застосовувати УВЧ, електрофорез з новокаїном. Фізметоди сприяють зменшенню набряку, стиханню запальних явищ, зменшенню болю.

При гострому геморої хворі потребують госпіталізації, їм призначають антикоагулянти, фібринолітичні засоби, протеолітичні ферменти, ангіопротектори (веноплант, детралекс, анавенол, ескузан), нерідко медикаментозне лікування доповнюється пресакральними та параректальними блокадами.

Важливим при виявленні геморою є диференціальна діагностика, оскільки під виглядом геморою може приховуватися серйозна патологія, насамперед пухлина анального каналу та ампулярного відділу прямої кишки, які внаслідок несвоєчасного виявлення часто діагностуються як занедбані і мають несприятливий прогноз.

Диференціальну діагностику найчастіше проводять з: гострим парапроктитом, поліпами анального каналу, кондиломами, хронічною анальною тріщиною, випадінням слизової оболонки прямої кишки.

Не слід забувати, що геморой може бути вторинними при пухлинах прямої кишки внаслідок часткового блокування кровотоку в басейнах артерій прямої кишки.

Показами для оперативного втручання при геморої є: кровотечі, особливо часті або рясні, що супроводжуються вираженою анемією, випаданням та защемленням геморoїдальних вузлів з явищами тромбозу, геморой, що супроводжується випаданням слизової прямої кишки або поліпами. Обсяг та зміст оперативного втручання визначається у кожному конкретному випадку залежно від наявності ускладнень, віку хворого, супутньої патології.

Одним з основних моментів профілактики та лікування початкових, стадій геморою є нормалізація роботи органів травлення, що досягається дієтою, прийомом ангіопротекторів, які підвищують венозний тонус та поліпшують мікроциркуляцію, а також плавання, використання мікроклізм з настоєм ромашки, звіробою, кори дуба, застосування свічок та мазей.

Випадання прямої кишки

Поміж причин, які зумовлюють розвиток цієї хвороби, є такі: підвищення внутрішнього черевного тиску (важка фізична праця, пологи, закрепи), травми прямої кишки, хребта, м'язів, які підтримують пряму кишку.

Основною скаргою хворих є випадання прямої кишки при акті дефекації (I стадія), фізичному навантаженні (II стадія), ходьбі (III стадія). У I стадії захворювання кишка вправляється самостійно або її доводиться вправляти. При тривалому захворюванні кишка випадає навіть при незначному фізичному навантаженні і хворі в зв'язку з цим вимушені носити фіксуючі пов'язки, бандажі. При випаданні всіх шарів прямої кишки розвивається слабкість обтураційного апарату та неутримання газів (I ступінь) та рідких (II ступінь) або твердих (III ступінь) випорожнень. При цьому хворі скаржаться на постійний біль внизу живота, позиви до дефекації, свербіж в перианальній ділянці. Часта травматизація слизової оболонки прямої кишки призводить до проктиту, мацерації шкіри в ділянці заднього проходу. Захворювання дуже дошкуляє хворому.

Під час огляду слід звернути увагу на стан шкіри перианальної ділянки, форму та розміри випадаючої кишки. Якщо ця частина перевищує 15 см, можна запідозрити випадання сигмоподібної кишки. Неодмінно треба проводити пальцьове обстеження, яке допоможе визначити надлишок прямої кишки. Хворому проводять ректороманоскопію, іригоскопію, колоноскопію.

Одним із ускладнень, що найчастіше зустрічається в абмулаторній практиці, є защемлення випадаючої кишки. При цьому виникає гострий біль, який ірадіює у промежину, може приєднуватися гнійна інфекція. Якщо своєчасно не надати належної допомоги, може настати некроз кишки. Перевіривши, чи немає некрозу, кишку потрібно негайно вправити. Випадаючу частину покривають марлевою серветкою, змоченою вазеліновим маслом, і після місцевого знеболення починають вправляти без грубих маніпуляцій.

Випадання прямої кишки у дорослих лікують тільки оперативно. Вибір методу операції та обсяг втручання визначається відповідно до стадії захворювання, наявності супутньої патології, віку хворого, інших обставин.

Тріщини анального проходу

Це одне з найпоширеніших проктологічних захворювань і найчастіше уражає людей у віці від 20 до 50 років. Тріщини виникають внаслідок поздовжнього розриву слизової оболонки анального каналу, здебільшого на задній його поверхні. Причинами захворювання є особливості анатомічної будови анального каналу, стан слизової дистального відділу прямої кишки (геморой, запальні захворювання) та інші чинники. Наприклад, пошкодження слизової прямої кишки щільними каловими масами та дрібними сторонніми тілами (фруктові кісточки), порушення дефекації.

Клініка. Захворювання проявляється пекучим болем у задньому проході, що виникає під час випорожнення або після нього і триває кілька годин. Може виділятися трохи крові (кілька крапель) в кінці акту дефекації. У зв'язку з вираженим больовим синдромом спостерігаються рефлекторний спазм сфінктера та тривалі закрепи.

Під час проктологічного огляду поздовжню тріщину виявляють на задній стінці анального каналу. Пальцьове обстеження прямої кишки слід робити обережно, починаючи з протилежної стінки, де може бути тріщина. Не слід грубо долати спазм сфінктера, це може спричинити різкий біль. У разі наявності тріщини заднього проходу підсилюється біль від натискання на куприк ззовні, через шкіру.

Перебіг хвороби хронічний, з періодами загострень та ремісії. Диференціальну діагностику проводять з тромбозом внутрішніх гемороїдальних вузлів, гострим парапроктитом, кокцігодинією (біль у ділянці куприка) та прокталгією (біль у прямій кишці).

Лікувати неглибокі свіжі тріщини можна в амбулаторних умовах. Призначають послаблювальні засоби для запобігання закрепів, дієту без гострих страв, прянощів, копчених продуктів, а також теплі ванни, промежинний душ, УВЧ. Після цього застосовують свічі, що містять препарати беладонни, анестезин, новокаїн. При неефективному консервативному лікуванні застостувують хірургічні методи лікування: висічення тріщини із закриттям дефекту, висічення тріщини з дозованою сфінктеротомією, інші операції.

III. Травми

Проблема травматизму є надзвичайно актуальною, оскільки в структурі летальності він посідає третє місце, вражаючи в основному молодь, людей працездатного віку.

Травми – це пошкодження частини організму під дією різних чинників зовнішнього або внутрішнього середовища.

Класифікація травм:

1. Механічні.
2. Фізичні.
3. Хімічні.
4. Біологічні.

Травми бувають фізичні (тепло, радіація), хімічні, наприклад, опіки кислотами, лугами. У хірургічній практиці частіше доводиться допомагати людям з механічними травмами. Передусім, це дорожній травматизм, для якого характерний так званий синдром взаємного обтяження, коли одна травма обтяжує іншу. Відтак сума несмертельних ушкоджень може призвести до смерті.

За місцем виникнення травми поділяють на виробничі (20%) та невиробничі – 80% . Останні – це вуличний, транспортний, побутовий, спортивний, дитячий травматизм. Бувають і навмисні травми – це розрізи під час операцій, без яких виконання хірургічних втручань неможливе.

Механічні травми поділяються на закриті та відкриті. У першому випадку у травмованих покривні оболонки цілі, в другому – мають місце ушкодження шкіри та слизових оболонок, такі травми небезпечніші.

Залежно від характеру ушкодження зазнають травм м'які тканини, кістки та суглоби, внутрішні органи, мозок.

Травми бувають поодинокі, множинні (політравми), комбіновані – коли на організм діють різні чинники (під час вибухів, стихійного лиха та ін.).

Найуразливіші до механічних травм: 1) паренхіматозні органи (печінка, селезінка); 2) судини (підшкірні крововиливи), 3) підшкірна клітковина.

Загальний стан хворого також має суттєве значення у разі травмування. Якщо людина мало тренована або має певну хворобу, перебіг травми ускладнюється. Наприклад, зміна селезінки у хворого на малярію; зміна підшкірної клітковини та колагену після тривалого

прийому кортикостероїдів; заповнені порожнинні органи дуже легко розриваються (розрив сечового міхура, шлунка).

Навіть незначні ушкодження мозкової тканини можуть призвести до інвалідності.

Внаслідок травми виникає травматичний шок. Це важкий стан, який характеризується пошкодженням у системі кровообігу з пониженим постачанням тканин кров'ю.

Розрізняють три групи шоку:

1) гіповолемічний – пов'язаний із зменшенням об'єму циркулюючої крові. До цієї групи належить і травматичний шок внаслідок кровотечі;

2) кардіогенний – пов'язаний із активністю серця. Він також може бути спричинений травмами серця. Людина може померти від тампонади серця – накопичення крові в серцевій сумці – перикарді;

3) вазогенний – пов'язаний із раптовою втратою тонусу судин. Може настати тотальне зниження тонусу судин.

За ступенем важкості розрізняють компенсований, субкомпенсований, декомпенсований шок.

Основні клінічні прояви шоку:

1) падіння артеріального тиску (40–80 мм/рт. ст); 2) різке підвищення пульсу – серцебиття (до 140–160); 3) реакція шкіри – шкіра бліда, холодна, спітніння, ціанотичність слизових оболонок; 4) олігурия аж до повної анурії – відсутність сечовиділення по катетеру менше 40 мл. За такої ситуації можна втратити хворого через нестабільність гемодинаміки; 5) Падіння центрального венозного тиску, ЦВТ в нормі 10–12 мм водн. ст., при шоковому стані – 2 мм водн. стовпа. 6) Під час шоку, зазвичай, людина не втрачає свідомості, тільки коли шок переходить у колапс, настає запаморочення та непритомність.

Що слід зробити на догоспітальному етапі:

– зупинити кровотечу;

– зігріти хворого;

– мобілізувати кінцівки;

– поповнити об'єм циркулюючої крові,

– застосувати знеболення і негайно госпіталізувати постраждалого.

Під час госпіталізації проводять повне обстеження та встановлюють діагноз. У разі потреби оперативне втручання та остаточну зупинку кровотечі. Здійснюється протишокова терапія. У реанімаційному відділенні стабілізують дихання, за відсутності серцебиття – відповідні реанімаційні заходи. На догоспітальному етапі – штучне

дихання, непрямий масаж серця, внутрішньосерцеве введення адреналіну. Хворого покласти на бік.

Украй небезпечні травми черепа та мозку, вони є основною причиною смерті. Найчастіше з-поміж них струс, забій, стиснення.

Струс – травма, що характеризується нетривалою непритомністю, блювотою, запамороченням, головним болем. Пошкоджується мозкова тканина, можуть бути точкові крововиливи.

Хворому протягом 10–12 днів необхідно лікуватися в умовах нейрохірургічного відділення. Потрібно виконати рентгенографію черепа, комп'ютерну томографію, ехографію.

Забій мозку – більш важка травма, характеризується порушенням чутливості, анізокорією (різна величина зіниць), ністагмом (мимовільні рухи очних яблук), афазією (порушення мови). В умовах стаціонару – інтенсивне лікування, тривала реабілітація.

Компресію мозку зумовлюють внутрішньочерепні гематоми. Гематоми бувають епідуральні та субдуральні. Оперативне лікування – обов'язкове. Найнебезпечнішим є прихований період гематоми. Обов'язковими є госпіталізація хворого, тривале реабілітаційне лікування.

Пошкодження грудної клітки. Однією з найпоширеніших та небезпечних травм є гемопневмоторакс – накопичення повітря та крові в грудній порожнині. Він може бути закритим та відкритим. Якщо хворого не прооперувати, може настати летальний кінець.

Одним із видів пневмотораксу є клапанний, при якому через рану грудної клітки до грудної порожнини засмоктується повітря, розвивається підшкірна емфізема, приплив крові до серця ускладнюється, внаслідок чого може настати смерть.

У цьому разі ставлять дренаж у 2–4 міжребір'ї, переводять клапанний пневмоторакс у закритий. У разі пошкодження черевної порожнини найнебезпечнішими є розриви паренхіматозних та порожнинних органів (печінки, селезінки, кишок, сечового міхура). Невідкладна допомога необхідна в перші години після травми, зволікання із наданням допомоги небезпечне для хворого.

Отже, хворих з травмами черепа, грудної та черевної порожнини потрібно обов'язково та невідкладно госпіталізувати до спеціалізованих лікувальних закладів та здійснювати комплексне кваліфіковане лікування, а щоб запобігти травматизму необхідно:

1. Вивчити фактори травматизму.
2. Дотримуватись правил дорожнього руху.
3. Проводити профілактику мікротравми.
4. Займатися санітарно-просвітницькою роботою.

Закриті пошкодження м'яких тканин

Забій – пошкодження тканин та органів без видимого порушення їх цілісності. Виникають збиття найчастіше внаслідок удару тупим предметом, падіння з висоти, а також дорожньо-транспортних пригод. Ступінь пошкодження м'яких тканин залежить від форми та маси руйнівного предмета, сили удару та інших факторів. В зв'язку із цим морфологічні порушення після забиття можуть проявлвтися як мілкими крововиливами, так і обширними гематомами, ділянками стиснення і навіть некрозами.

При забитті м'яких тканин голови спостерігаються разриви дрібних судин з утворенням гематом. При накопиченні крові між апоневрозом та окістям може виникнути обширна підапоневротична гематома з нечіткими контурами. При підшкірних гематомах нерідко спостерігається флюктуація. Для виключення перелому кісток черепа доцільно виконати рентгенограму.

При забитті кінцівок найбільш виражені пошкодження відмічаються в підшкірній клітковині. Виникають також крововиливи в тканини (гематома) та суглоби (гемартроз). При нанесенні пошкоджень тупим предметом кров може просочувати м'які тканини, проникати за ходом судин, сухожилкових просторів та інших утворень. Гемартроз значно порушує функцію суглоба: з'являється набряк, обмеження активних та пасивних рухів. Звичайно набряк виникає у тих місцях, де найбільше виражена підшкірна клітковина. В зв'язку з вираженим больовим син-дромом кінцівка напівізігнута. При обширних пошкодженнях м'яких тканин можуть навіть проявитися ознаки інтоксикації, підвищення температури тіла. Крім анамнезу та огляду, слід провести рентгеногологічне обстеження для виключення більш складних ушкоджень.

Лікування полягає в накладанні тугої пов'язки, застосуванні у перші дні доби холоду місцево (грілка з льодом, холодні компреси). При обширній гематомі та наявності флюктуації проводять пункцію або розкриття, видаляють кров та згустки, накладають стискаючу пов'язку, проводять перев'язки. При виражених гемартрозах доцільно пунктувати суглоб з подальшою іммобілізацією кінцівки гіпсовою шиною. При зменшенні набряку та стиханні гострих явищ показані лікувальна фізкультура, теплові процедури, фізіотерапевтичне лікування, масаж. При нагноєнні гематоми гнійне вогнище розкривають, дренують і лікують гнійну рану.

Стиснення м'яких тканин виникає при дії травмуючого агента протягом тривалого часу. При цьому цілісність шкіри не порушується, але у м'яких тканинах настають більш глибокі органічні зміни з появою ділянок некрозу та вираженою інтоксикацією. У випадку стиснення нервових стовбурів можуть виникнкти паралічі. В результаті тривалого стискання великих ділянок м'яких тканин розвивається синдром тривалого стискання (СТС). Зазначені ураження спостерігаються при обвалах шахт, стихійних катаклізмах, техногенних катастрофах.

За класифікацією М.І.Кузіна розрізняють вкрай важку форму СТС (при стисканні обох нижніх кінцівок протягом 8-ми годин) важку форму (при стисненні однієї або двох кінцівок протягом 6–7 годин), форму середньої важкості (при ураженні однієї кінцівки протягом 3–5 годин) та легку форму. Перебіг СТС значною мірою залежить від ділянки ураження, тривалості стиснення, супутніх захворювань, віку потерпілого та інших факторів. У клінічній картині розрізняють ранній посткомпресійний шок, проміжний період (токсемія) та період ускладнень. У першому та другому періоді СТС хворі скаржаться на біль в ділянці пошкодження м'яких тканин, слабкість, нудоту, запаморочення. Кінцівка набрякає, шкіра на ураженій ділянці холодна, бліда з синюватими плямами, активні рухи в суглобах відсутні або різко обмежені. Клінічні прояви СТС виражаються шокоподібними гемодинамічними порушеннями, змінами у нирках, симптомокомплексом ураженої ділянки м'яких тканин. Через кілька годин на шкірі ураженої кінцівкі з'являються пухирі, наповнені кров'янистою рідиною. Паралельно з цим погіршується загальний стан хворго: шкіра бліда, адинамія, загальмованість, тахікардія, зниження артеріального тиску. Смерть може настати в перші 2–3 дні після травми, якщо хворому не буде надана повноцінна лікарська допомога. Через 3 дні починається другий період СТС (проміжний), який триває до 10–12 днів. У перші дні другого періоду стан хворого дещо покращується: зменшується набряк кінцівки, нормалізується частота пульсу та рівень артеріального тиску. Слід пам'ятати, що у проміжний період розвивається гостра серцева недостатність: добовий діурез різко знижується; зростає кількість залишкового азоту. Пізній період характеризується наявністю інфекційних ускладнень (флегмона, абсцес, сепсис), порушеннями функції ураженої кінцівки, проявом посттравматичного невриту. Хворі з СТС потребують термінової госпіталізації до реанімаційного відділення. Якщо такий хворий з якихось причин доставлений у поліклініку, хірург має надати невідкладну медичну допомогу. При наявності ран та кровотечі хворому накладають асептичну пов'язку. Уражену кінцівку бинтують еластичним бинтом

зверху донизу, кінцівку фіксують за допомогою гіпсової або транспортної шини. В умовах поліклініки до транспортування хворого до стаціонару лікування полягає у знятті больового синдрому (1–2 мл 2% розчину промедолу підшкірно), циркулярній новокаїновій блокаді проксимального відділу ураженої кінцівкі, дезинтоксикації (внутрішньовенне введення 400 мл полікглюкіну, 800 мл реополіглюкіну, 500 мл 5% розчину глюкози з інсуліном), корекція порушень серцево-судинної діяльності (введення 1,0 мл кордіаміну).

Пошкодження зв'язок спостерігається найчастіше при непрямій травмі. Клінічний перебіг нагадує забій м'яких тканин, проте при пошкодженні зв'язок біль носить локальніший характер, сильніше виражений. Для виключення вивиха або перелома кісток слід провести рентгенографію місця ушкодження у двох проекціях. Найчастіше спостерігається пошкодження зв'язок в ділянці гомілково-стопного та колінного суглобів.

При пошкодженні зв'язок гомілково-стопного суглоба найчастіше пошкоджується зовнішня бічна зв'язка (передня таранно-малогомілкова). Розрізняють частковий розрив зв'язок, повний розрив та надрив їх в ділянці фіксації. Основними клінічними ознаками є виражений біль у суглобі, набряк нижче зовнішньої лодижки, нарушення функції суглоба. Біль підсилюється при супінації та підошвенному згинанні стопи. Зміна кольору шкіри в зв'язку з крововиливом визначається через 1–2 доби. З метою виключення перелому лодижки та підвивиха стопи хворому обов'язково проводять рентгенографію. Рідше спостерігається пошкодження внутрішньої бокової (дельтовидної) зв'язки гомілково-стопного суглоба. При цьому відмічається біль в суглобі, порушення його функції та набряк в ділянці внутрішньої лодижки.

При пошкодженні зовнішніх бокових зв'язок гомілково-стопного суглоба після знеболення та застосування холоду накладають восьмиподібну стискаючу пов'язку. При вираженому больовому синдромі та обширному ураженні зв'язок слід застосувати іммобілізацію кінцівки гіпсовою пов'язкою протягом 3–7 днів. В подальшому призначають фізіотерапевтичні процедури та лікувальну фізкультуру. При повному розриві зв'язки тривалість тимчасової втрати працездатності коливається від 1,0 до 1,5 місяців. При пошкодженні внутрішньої бокової зв'язки проводять іммобілізацію гомілково-стопного суглоба гіпсовою пов'язкою у варусному положенні стопи. До накладання гіпсовії пов'язки доцільно провести рентгенограму.

Пошкодження зв'язок колінного суглоба виникає при форсованих надмірних рухах у суглобі і можуть виражатися у вигляді роз-

тягнення, часткового або повного розриву. В ділянці пошкодження визначається локальний біль, набряк, випіт в суглобі. Активні рухи обмежені та болючі. При вираженому больовому синдромі доцільна новокаїнова блокада місця ушкодження, затим накладають гіпсову пов'язку на 8–10 днів. Після іммобілізації призначають масаж, лікувальну фізкультуру, фізіотерапевтичне лікування. Тимчасова непрацездатність триває 1,5–2 тижні.

Важче пошкодження – це розрив зв'язок колінного суглоба, що призводить до його нестабільності. У хворого відмічається біль, активні рухи обмежені. В зв'язку з гемартрозом контури суглоба деформуються. Характерною ознакою цього пошкодження є патологічна бокова рухливість у суглобі. При пошкодженні передньої хрестоподібної зв'язки відмічається симптом "висувного ящика". В рідких випадках розрив малогомілкової зв'язки може супроводжуватися пошкодженням малогомілкового нерва.

При частковому розриві зв'язок після пункції суглоба в зв'язку з гемартрозом накладають гіпсову пов'язку на 1,5–2 міс. Реабілітація в умовах поліклініки проводиться із застосуванням масажу, лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичного лікування. Працездатність відновлюється через 2–2,5 міс. При повному розриві зв'язки хворого після іммобілізації кінцівки слід направити на оперативне втручання дл стаціонару.

При повному розриві хрестоподібних зв'язок відмічається різкий біль у суглобі, гемартроз з реактивних випотом, порушення функції, параартикулярні гематоми. Хворі потребують госпіталізації та оперативного лікування.

Пошкодження сухожилок

Пошкодження сухожилок відбувається як за безпосередньої, так і за опосередкованої травми, і може мати різні рівні пошкодження: у ділянці переходу м'язів у сухожилки, протягом сухожилок або біля місця прикріплення їх до кістки. В амбулаторній практиці найчастіше спостерігаються закриті пошкодження сухожилок розгинача пальців кисті, ахілова сухожилка, сухожилка чотириглавого м'яза стегна та двоглавого м'яза плеча.

Пошкодження сухожилка розгинача пальців кисті характеризується вираженим больовим синдромом, деформацією пальців внаслідок відсутності активного розгинання нігтьової фаланги. За допомогою

гіпсової пов'язки нігтьова фаланга фіксується у положенні перерозгинання, а середня – у положенні згинання. Зазвичай, проводять консервативне лікування, яке ефективне при лікуванні свіжих пошкоджень сухожилок, а в застарілих випадках показане хірургічне втручання.

Пошкодження ахілова сухожилка найчастіше стається при безпосередній травмі. Хворий скаржиться на біль у литці та по ходу сухожилка. Під час обстеження визначається деформація сухожилок, порушення ходьби, неможливість підошовного згинання. У даному випадку консервативне лікування малоефективне. В стаціонарних умовах проводять оперативне втручання, затим накладають гіпсову циркулярну пов'язку до середньої третини стегна у положенні підошовного згинання стопи та зігнутому колінному суглобі під кутом 140°. Після іммобілізації, що триває 1,5–2 місяці, призначають лікувальну фізкультуру, масаж, фізіотерапевтичне лікування та дозоване навантаження через 2–3 місяці. В окремих випадках пошкодження ахілова сухожилка може виникнути на фоні дегенеративно-дистрофічних змін. У таких випадках щадливий режим має бути продовжений до 8–10 місяців.

При розриві сухожилка довгої голівки двоглавого м'яза плеча, що виникає під час підняття вантажу або фізичних вправ, виникає локальний біль та деформація контура плеча. Хворого слід направити до стаціонару для оперативного втручання.

Розрив сухожилка чотириглавого м'яза стегна належить до рідких пошкоджень. При швидкому скороченні чотириглавого м'яза може відбутися відрив сухожилка в ділянці його прикріплення до бугристості великої гомілкової кістки. В інших випадках внаслідок травми відбувається розволокнення сухожилка, воно стає розтягнутим. Хворий не може самостійно розгинати гомілку . Хворого слід госпіталізувати до спеціалізованого стаціонару для оперативного втручання. Після операції призначають лікувальну фізкультуру та фізіотерапевтичне лікування. Працездатність відновлюється через 1,5–2 місяці.

Відкриті пошкодження сухожилок різної локалізації, потребують хірургічного лікування в умовах стаціонару. У поліклініці лікарська допомога полягає у первинній хірургічній обробці рани, накладанні асептичної пов'язки, іммобілізації кінцівки та своєчасному направленні до стаціонару.

Пошкодження менісків колінного суглоба виникає внаслідок різких ротаційних рухів і нерідко поєднується з розривом зв'язкового апарату. Частіше пошкоджується медіальний меніск. Розрізняють поздовжні та поперекові розриви, часткові та повні. Хворі скаржаться на біль у колінному суглобі, набряк, згладженість контурів, обмежен-

ня рухів. Клінічні прояви залежать від тривалості періоду, що минув з часу травми. Набряк та біль у гострому періоді зумовлені гемартрозом та реактивним синовіїтом. У подальшому больовий синдром мало виражений, набряк спадає. У цей період у хворих періодично виникає "блокада суглоба" – гострий біль, зумовлений защемленням відірваного меніска між суглобовими поверхнями. Колінний суглоб лишається у положенні легкого, рефлекторного згинання. Зазвичай, блокаду усуває сам хворий. Після усунення "блокади" у хворих залишається незначний біль у суглобі, відчуття нестійкості, підвищена втомлюваність. Хронічний перебіг пошкодження менісків характеризується наявністю парестезій (оніміння, свербіння) по внутрішній поверхні суглоба або верхньої третини гомілки (симптом Турнера), атрофією м'язів стегна та гомілки, періодичним набряком суглоба, підсиленні болю при натисканні в ділянці суглобової щілини (симптом Байкова) та ротаційних рухах. Діагноз ґрунтується на врахуванні анамнезу та даних об'єктивного дослідження. Пошкодження меніска слід диференціювати з пошкодженням бокових зв'язок та посттравматичним синовіїтом. Для диференціації діагнозу слід зробити ультразвукове дослідження суглоба, яке виявить характер пошкодження меніска.

Перша допомога в умовах поліклініки полягає у накладанні тугої пов'язки, іммобілізації кінцівки, призначенні спокою та холоду місцево. При наявності гемартрозу або синовіїту необхідна пункція колінного суглоба, видалення вмісту та введення до суглоба 20,0 мл 1%-ного розчину новокаїну.

Іммобілізація та застосування задньої гіпсової шини триває до двох тижнів. У подальшому призначають масаж, лікувальну фізкультуру, теплові процедури. Проте консервативне лікування нерідко буває малоефективним, у хворого при невеликих фізичних навантаженнях повторно виникає "блокада суглоба". В таких випадках необхідно рекомендувати оперативне втручання в умовах спеціалізованого стаціонару. Операцію слід робити в перші 2–3 місяці після травми, поки не настали ознаки деформуючого артрозу колінного суглоба.

Пошкодження периферичних нервів може виникнути при відкритих та закритих переломах кісток, вивихах, вогнепальних пораненнях, інших травмах. Важкість функціональних порушень залежить від ступеня порушення провідності; при анатомічних розривах нервових стовбурів травма має важкі наслідки. Розрізняють струс нерва, при якому не спостерігається грубих органічних змін і провідність відновлюється швидко. При забитях, стисненях та розчавленнях нерва виникає синдром часткового або повного порушення провідності. Го-

ловним завданням хірурга поліклініки є своєчасне розпізнавання пошкодження та направлення хворого до нейрохірургічного або неврологічного стаціонару. При частковому порушенні провідності може бути неповний розрив волокон, внутрішньостовбуровий крововилив або набряк. Відтак спостерігається парез відповідних м'язових груп, гіпестезія у ділянці інервації; больова та температурна чутливість найчастіше збережені. Повний розрив супроводжується в'ялим паралічем м'язів, втратою чутливості та відсутністю рефлексів. Пізніше у хворого розвивається атрофія м'язів, виникають трофічні розлади.

При пошкодженні плечового сплетення залежно від локалізації порушення в над- або підключичній ділянці розрізняють верхній (тип Дюшені-Ерба) та нижній параліч (тип Дюшені-Клюмпке). Верхній параліч зумовлений ураженням V–VI шийних корінців та характеризується порушенням провідності надлопаткового нерва, підкрильцевого та м'язово-шкірного. У хворого відмічається параліч м'язів плечового поясу та плеча, неможливість підняття та відведення плеча і згинання у ліктьовому суглобі. Має місце порушення чутливості по зовнішній поверхні плеча та передпліччя. Нижній параліч пов'язаний з пошкодженням вторинних стовбурів у підключичній ділянці (VIII шийного та I грудного корінців). Він характеризується переважним ураженням серединного та ліктьового нервів з паралічем згиначів кисті та пальців.

Порушення чутливості спостерігається по внутрішній поверхні плеча та передпліччя, до того ж нерідко спостерігається позитивний симптом Горнера. При виявленні пошкоджень нервів хворого слід направити до відділення нейрохірургії для проведення оперативного, втручання, яке при своєчасном виконанні та відповідній реабілітації відновлює функцію ушкоджених нервів.

Пошкодження серединного нерва з повним його розривом на рівні плеча супроводжується порушенням пронації передпліччя, порушенням згинання середніх фаланг усіх пальців та згинання кінцевих фаланг I–III пальців. При пошкодженні серединного нерва на передпліччі спостерігається порушення функції квадратного пронатора, хробакоподібних м'язів та м'язів підвищення великого пальця. Відмічається також порушення чутливості на променевій половині та на пальцях.

Больовий синдром найбільше виражений при неповних розривах серединного нерва. Якщо хворий звернувся по допомогу через 2–3 міс. після травми, то м'язи передпліччя атрофуються, ділянка підвищення великого пальця потовщується, вказівний та середній пальці в ділянці середніх та кінцевих фаланг потоншуються та стають загостреними.

Залежно від ступеня пошкодження серединного нерва відмічаються трофічні порушення у вигляді синюшності шкіри, ангідрозу та трофічних виразок. Для підтвердження можливого діагнозу слід стиснути кінцеву фалангу II пальця: при пошкодженні серединного нерва всі види чутливості в ній виявляються порушеними.

За пошкодження променевого нерва випадає функція м'язів на розгинальній поверхні передпліччя: стає неможливим активне розгинання кисті та основних фаланг пальців, китиця звисає. Порушена чутливість на тильній поверхні плеча, передпліччя та кисті. З вегетативних розладів найчастіше звертають на себе увагу ціаноз та набряк тильної поверхні китиці. Порушена супінація, відведення великого пальця неможливе. Слід зауважити також, що у зв'язку з великою варіабельністю поверхневої гілки променевого нерва навіть при повному його розриві не завжди порушується больова чутливість. У віддалений період після травми та при неправильному лікуванні може розвинутися стійка згинальна контрактура кисті, усунення якої пов'язане із значними труднощами навіть в умовах спеціалізованого стаціонару.

Пошкодження ліктьового нерва супроводжується кігтеподібним положенням китиці та пальців внаслідок паралічу хробакоподібних м'язів та збереженої дії розгиначів основних фаланг пальців. Внаслідок паралічу міжкістних м'язів приведення та розведення усіх пальців стає неможливим; порушення шкірної чутливості залежить від рівня пошкодження ліктьового нерва, топографо-анатомічних особливостей його розгалуження, а також від наявності зв'язків із серединним нервом на передпліччі. Порушення потовиділення простежується на ліктьовій половині кисті. Для підтвердження діагнозу слід стиснути кінцеву фалангу V пальця; при повному розриві ліктьового нерва всі види чутливості будуть порушені. Проводять також пробу розтягування аркуша паперу між вказівним та випрямленим великим пальцем. Відтак рука хворого зісковзує з паперу через неможливість його втримати.

При одночасному пошкодженні променевого та ліктьового нервів виникають важкі порушення функції кінцівки. В цій ситуації унеможливлюється компенсаторна функція. Згинальні рухи кисті та пальців відсутні, швидко розвивається атрофія м'язів кисті та передпліччя. При поєднанні пошкодження променевого та ліктьового нервів функціональний прогноз несприятливий.

При пошкодженні стегнового нерва нижче пахвинної зв'язки хворий втрачає можливість розгинання ноги в колінному суглобі. Відмічається порушення чутливості на передній та медіальній поверхні стегна, медіальній поверхні гомілки та внутрішньому краю

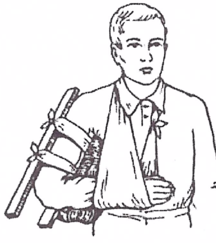
стопи. При пошкодженні стегнового нерва зникає колінний рефлекс, порушується хода та можливість стояти на ногах.

Пошкодження сідничного нерва супроводжується порушенням рухливості у стопі та пальцях. Порушення шкірної чутливості спостерігається по задньозовнішній поверхні гомілки та стопи. Активні та пасивні рухи в колінному суглобі збережені; найчастіше клінічні прояви пошкодження сідничного нерва мають ознаки ураження мало- та великогомілкового нервів. При травматичному розриві малогомілкового нерва помітне різке відвисання стопи з опущенням її зовнішнього краю, пальці зігнуті. Больова та тактильна чутливість порушені в ділянці передньозовнішньої поверхні нижньої третини гомілки, на тилі стопи та пальців. З'являється набряк та гіперемія шкіри на тильній поверхні стопи та пальців. Для підтвердження діагнозу хворому пропонують у лежачому положенні розігнути стопу. Хворий самостійно не може виконати ці рухи, контури сухожилків згиначів на тилі стопи згладжуються.

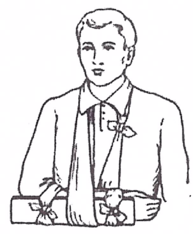
При розриві волокон великогомілкового нерва порушується згинання стопи та пальців, які набувають нігтьоподібного положення. Чутливість порушена на задній та задньозовнішній поверхнях гомілки та підошовній поверхні пальців. При ушкодженні нерва не нижче 1/3 гомілки у хворого не визначається рефлекс з ахілова сухожилка. Хворому пропонують зігнути стопу, лежачи на спині. А за пошкодження великогомілкового нерва виконати цей рух хворому не вдається.

Поєднання пошкодження нервів та судин супроводжується численними ускладненнями, що погіршують прогноз одужання. З-поміж цих ускладнень особливе місце посідає ішемія кінцівки внаслідок гострої крововтрати та інфікування рани. Розвиток гнійної інфекції на фоні значної крововтрати згубно впливає на регенерацію тканин, особливо нервів. В умовах поліклініки після тимчасової або остаточної зупинки кровотечі та проведення протишокових заходів (введення 1,0 мл 1%-ного розчину промедолу підшкірно, 400–800 мл поліглюкіну внутрішньовенно, зігрівання хворого) проводять іммобілізацію кінцівки за допомогою транспортної дротяної шини та направляють хворого до спеціалізованого стаціонару для проведення оперативного втручання. При появі післятравматичного набряку циркулярна гіпсова пов'язка або туге бинтування не рекомендуються, оскільки це шкодить нервовим стовбурам та призводить до необернених змін.

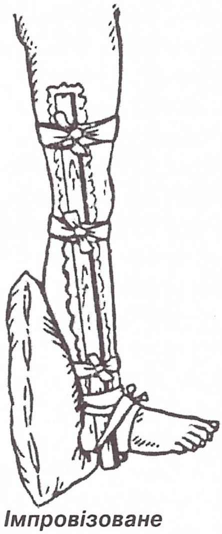
Пошкодження судин належить до найнебезпечнішого виду травми, за якої виникає загроза ампутації кінцівки. Частота пошкодження великих судин у мирний час коливається у межах 0,35–1,3%. У зв'язку з ве-



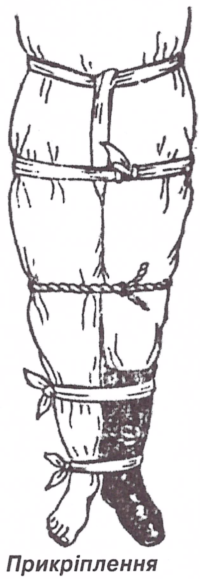
Імпровізоване знерухомлення при переломі плеча



Імпровізоване знерухомлення при пошкодженні передпліччя



Імпровізоване знерухомлення при переломі гомілки



Прикріплення пошкодженої кінцівки до здорової

ликою варіабельностю пошкодження артерій та вен, а також їхнє поєднання з іншими видами травм (переломи, забиття, вивихи) класифікація гострих пошкоджень судин складна. Розрізняють відкриті та закриті пошкодження кровоносних судин. Пошкодження цілісності шкіри є причиною розвитку гнійної інфекції, боротьба з якою ускладнюється в умовах ішемії тканин. Гнійна інфекція нерідко призводить до тромбозу, утворення аневризми. Закриті ушкодження магістральних артерій спостерігаються внаслідок переломів та вивихів. Відтак зміщені кісткові уламки можуть викликати стиснення артеріального стовбура, зумовити їх тромбоз.

Основними ознаками пошкодження артерій є локалізація рани на проекції судинно-нервового пучка, зовнішня артеріальна кровотеча, утворення гематоми та її пульсація в ділянці рани, послаблення пульсації дистальніше пошкодження артерії, зміна кольору шкіри та охолодження кінцівки, порушення функції пошкодженої кінцівки.

Усі перелічені симптоми нерівнозначні при різних варіантах пошкодження артерій. В окремих випадках при обширних ранах, що супроводжуються набряком тканин, важко визначити травмовану судину. Для остаточної постановки діагнозу роблять контрастне рентгенологічне дослідження судин, УЗД судин.

В умовах поліклініки перед хірургом стоять наступні завдання: врятувати життя потерпілого, зберегти життєздатність кінцівки, відновити функцію кінцівки.

Одним із невідкладних заходів є зупинка кровотечі. Вона може бути виконана накладанням джгута, стискаючої пов'язки або пальцьового притиснення судини. В умовах поліклініки застосовувати затискачі ризиковано у зв'язку з тим, що тоді виникає додаткове пошкодження судини. Тому доцільно використати пальцьове притискання судини або накладання стискаючої пов'язки. Після зупинки кровотечі здійснюють заходи щодо поповнення крововтрат та проведення протишокової терапії. Збереження життєздатності пошкодженої кінцівки визначається насамперед, часом, протягом якого здійснюються необхідні лікувальні заходи. Накладання джгута з метою тимчасової зупинки кровотечі небезпечне з погляду важкої ішемізації кінцівки. Тому при транспортуванні хворого до спеціалізованого стаціонару необхідно щогодини послабляти на кілька хвилин джгут для поліпшення кровообігу дистального відділу кінцівки, застосовуючи на цей час пальцьове притиснення пошкодженої судини. Джгут необхідно накладати настільки туго, наскільки це необхідно для зупинки кровотечі.

При пошкодженні вен зауважується рясна кровотеча темного кольору, що безперервно струменить. Спостерігається також ціаноз шкіри кінцівки дистальніше від місця ушкодження, набряк м'яких тканин та набухання периферичних підшкірних вен через їхню непрохідність. Поранення порожнинних, яремних, підключичних та інших великих вен може супроводжуватися повітряною емболією. Перша допомога в хірургічному відділенні поліклініки полягає в тугому бинтуванні пошкодженого сегмента кінцівки та госпіталізації хворого. При поєднаних пораненях артерій та вен ознаки пошкодження артеріальних судин проявляються найрізкіше, а порушення цілісності венозних стовбурів нерідко залишається непоміченим. У таких випадках, ревізуючи рану, слід ретельно оглянути всі прилеглі до ранового каналу м'які тканини. Після надання першої допомоги хворого направляють до хірургічного стаціонару.

Пошкодження лімфатичних судин можуть бути при травмах грудної клітки, переломах хребців, ребер, ключиці. Розрізняють закриті та відкриті пошкодження лімфатичних судин. Відкриті пошкодження найчастіше виникають внаслідок поранення вогнепальною або холодною зброєю. При закритих пошкодженнях лімфа може накопичуватися у плевральній порожнині – хілоторакс, накопичення лімфи у черевній порожнині – хілоперитонеум, а також у порожнині перикарду (хілоперикард). Просочування тканин лімфою буває при термічних та променевих опіках.

Під час лікування пошкодження лімфатичних судин проводять замісну терапію із застосуванням гемотранфузії та переливання плаз-

ми, сольових розчинів, застосування оперативного втручання, спрямованого на відновлення прохідності пошкоджених лімфатичних судин або їх перев'язку. Найпростішим методом операції є перев'язка лімфатичної судини, що сприяє розкриттю та розширенню колатералей. У судинних центрах накладають лімфовенозний анастомоз.

В Україні існують такі центри мікрохірургії:

1. Київський НДІ хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова.
2. Харківський НДІ загальної та невідкладної хірургії.
3. Львівська обласна клінічна лікарня.
4. Донецький НДІ травматології та ортопедії.
5. Київський НДІ педіатрії, акушерства та гінекології (центр дитячої мікрохірургії).

Одним із важливих завдань центрів мікрохірургії є реплантація пальців кисті, стопи; передпліччя після травми. До центрів мікрохірургії направляють пацієнтів, якщо з часу травми минуло не більше 6 годин і немає значних пошкоджень, розчавлення окремих частин кінцівки, а також значного порушення загального стану хворого. Кровотечу з китиці або фаланг пальців необхідно зупинити тугим бинтуванням (джгут застосовувати не слід). Ампутовану частину кінцівки необхідно загорнути в стерильну серветку, помістити в поліетиленовий пакет та доставити разом з хворим до центру мікрохірургії. Якщо транспортування тривале, пакет з ампутованою частиною кінцівки доцільно помістити в інший пакет, що містить воду з льодом.

Хворого транспортують у порядку невідкладної медичної допомоги (санавіація) після проведення протишокових заходів.

Направляючи хворого до регіонального центру мікрохірургії, слід поставити до відома працівників центру.

Отже, за зростаючого травматизму особливе значення мають травми з ураженням нервів та судин. Для проведення органо-зберігаючих операцій та з метою дієвої післяопераційної реабілітації хворих необхідно направляти до спеціалізованих центрів.

Переломи

Переломи бувають закриті (без пошкодження шкіри) та відкриті (з раною над місцем перелому), а за лінією перелому – поздовжні, косі, гвинтоподібні, уламкові.

За клінічним перебігом вони поділяються на ускладнені та неускладнені.

Ускладнення настають через пошкодження сусідніх тканин кістковими уламками. Найскладніша травма – ураження спинного мозку, переломи у шийному відділі хребта; украй небезпечними є ураження судинно-нервового пучка. Допомогу слід надавати негайно з подальшою госпіталізацією.

Останнім часом почастішали комбіновані травми – це наявність двох пошкоджень, які не пов'язані одне з одним, але трапляються одночасно.

Переломи бувають із зміщенням кісткових уламків; без зміщення і за типом "зеленої гілки" (у дітей окістя міцне, тому не "пускає" уламки).

Зміщення залежить від механізму травми, від еластичності тканин; уламки кісток зміщуються за шириною, довжиною, під кутом, ротаційно (по колу).

Переломи зростаються за типом:

– асептичного (знезараженого) запалення, при якому відбувається розростання, збільшення клітин та ексудація (випотівання);

– утворення кісткового мозолю, який має кілька шарів.

У процесі загоєння кістковий мозоль може утворюватися одразу (так званий первинний натяг) або утворюється хрящ та його осифікація (вторинний натяг). Перелом зростатиметься тим швидше, чим точнішим буде зіставлення кісткових уламків та компресія (стиснення). Тому надзвичайно важливим на догоспітальному етапі є фіксація та іммобілізація підручними засобами, а затим точна діагностика та іммобілізація з допомогою гіпсової пов'язки.

Основними клінічними симптомами перелому є: гострий біль, деформація кінцівки, набряк, порушення функції.

Абсолютною ознакою є: крепітація (хрускіт), болісна рухливість у тому сегменті, де в нормі її немає. Хрускіт виникає через тертя кісткових уламків.

Перша допомога: застосування шин (Дітерікса, Крамера, Томаса-Виноградова), пневматичні шини – сучасний варіант іммобілізація на догоспітальному етапі. Фіксуючи зламану кінцівку, ми допомагаємо потерпілому уникнути зміщення та зменшуємо біль.

Основні етапи лікування:

1. Репозиція – вправляння зміщеного уламка кістки, повернення на місце.

2. Іммобілізація або фіксація полягає в захопленні двох суглобів, розміщених поруч із травмованою кісткою. При зламі стегна – фіксують три суглоби.

3. Реабілітація – відновлення функції.

Під час вправляння основними моментами є:
– знеболення;
– розслаблення м'язів;
– обов'язковий рентген-контроль;
– периферійний уламок зіставляють з центральним.

Якщо консервативно вправити уламки неможливо, вдаються до хірургічного методу. Однією з методик є скелетне витягнення, яке поєднують з гіпсовою іммобілізацією. Для оперативного лікування є показання: абсолютні і відносні. Наприклад, неправильно зрослі переломи, несправжні суглоби, внутрішньосуглобові відриви.

Після того, як знято гіпсову пов'язку, проводять реабілітаційне лікування, від якості якого залежить функціональний стан травмованої кінцівки. Реабілітаційні заходи допомагають пацієнтові не тільки одужати, але й адаптуватися соціально, тобто відновити всі функції травмованого органа.

Догляд за хворими після оперативних втручань на опорно-руховому апараті

Догляд після операції надзвичайно важливий для лікування та одужання хворих. Таким пацієнтам передусім потрібен індивідуальний специфічний догляд. Їм необхідні умови, що найбільше відповідають стану їх здоров'я, сприяють доліковуванню та реабілітації. Наприклад, контрактури та анкілози суглобів запобігають можливим ускладненням. Багатьом хворим, крім лікарського нагляду, у ранньому післяопераційному періоді потрібно допомагати виконувати лікарські призначення та гігієнічні процедури.

Від дбайливого та кваліфікованого догляду залежить швидкість і якість одужання, загалом здоров'я хворого. Своєчасне проведення реабілітаційних заходів запобігає інвалідизації хворих. Необхідно постійно пам'ятати, що після операцій на опорно-руховому апараті застосовується стійка іммобілізація кінцівок, тобто певний час хворий не може ходити і за собою доглядати. Отож необхідно постійно тримати приміщення у належному стані, постійно міняти білизну – не рідше разу в тиждень. А також допомагати хворому доглядати за шкірою, очима, вухами, порожниною рота, волоссям – щодня вранці та ввечері.

Важливо запобігти появі ускладнень: пролежнів у ділянці хребта, п'ят, набряки та зміна кольору шкіри у віддалених ділянках кінцівок під час гіпсування ноги свідчать про порушення трофіки тканин.

Їжа хворих за рекомендаціями лікаря повинна не тільки задовольняти потреби організму, але й активно сприяти регенерації кіс-

ткової тканини, що дає змогу зменшити термін гіпсової іммобілізації. У процесі догляду за хворим слід наглядати за дренажною трубкою та пов'язкою, будь-що запобігати інфікуванню рани, своєчасно інформувати лікаря про можливе нагноєння та необхідність проведення чергової та позачергової перев'язки.

Кваліфікований догляд сприяє одужанню хворого, позбавляє його інвалідності та допомагає повернутися до активного способу життя.

Травматичні вивихи

Вивихи - зміщення суглобових кінців кісток, що формують з'єднання. При цьому вивихнутою слід вважати дистальну кістку з'єднання. При повному вивихові та значному зміщенні суглобові поверхні не торкаються одна одної, при підвивихові – частково дотикаються. Розрізняють також вроджені вивихи, які зустрічаються рідко. Здебільшого мають справу з набутими(травматичними) вивихами. Вивихи, які багаторазово повторюються при незначному механічному впливі, називають звичними. Залежно від часу, що збіг з моменту травми, вивихи поділяють на свіжі (до 3-х днів), несвіжі (до 2-х тижнів) та застарілі (більше 2-х тижнів). Даний розподіл має вирішальне значення щодо хірургічної тактики. Здебільшого вивихи виникають внаслідок непрямої травми і по відношенню до переломів кісток складають 1,5–3% . Найчастіше вивихи виникають у плечовому (40–50%) та літьовому (15–27%) суглобах, дещо рідше – у кульшовому, гомілково-стопному та п'ястно-фаланговому з'єднаннях. Нерідко вивихи поєднуються із внутрішньосуглобовими переломами (переломо-вивих), особливо у літніх людей. Незалежно від механізму, вивих майже завжди супроводжується значним пошкодженням м'язів. Після травми швидко розвивається м'язева ретракція, що є причиною фіксації травмованої кістки у порочному положенні. Чим довший період, що пройшов з моменту травми, тим менш обернена ретракція м’язів. Усунення ретракції м'язів є одним з найважливіших умов вправлення вивиха.

Клініка: біль та деформація суглоба, відсутність активних та пасивних рухів, порушення функції. При огляді – деформація суглоба, згладженість контурів, фіксація кінцівки у вимушеному положенні, параартикулярний набряк, зміна довжини травмованої кінцівки. Слід звернути увагу на пульсацію магістральних судин, що необхідно для своєчасного виявлення пошкодження судинно-нервових стовбурів, що часто мають місце при переломо-вивихах кісток. Для уточнення діаг-

нозу необхідно провести рентгенологічне обстеження у 2-х проекціях. Найефективнішим є вправлення вивиха протягом перших 2–3 годин після травми. Хворих з несвіжими та застарілими вивихами слід направляти до стаціонару для оперативного втручання.

Лікування хворих з травматичними вивихами складається з 3-х етапів: вправлення вивиха, фіксація кінцівки на період зрощення пошкоджених тканин (капсули, зв'язок суглоба) та відновлення функції кінцівки. Усунення вивиха одним із загальноприйнятих способів здійснюється при максимальному м'язевому розслабленні. З цією метою у дітей слід застосовувати загальне знеболення, а у дорослих – місцеве шляхом введення в порожнину суглоба 30–50 мл 1% розчину новокаїну. Якщо травмовані капсула суглоба, сухожилки або інші параартикулярні утворення не завжди вдається вправити вивих. Такого хворого після фіксації транспортною шиною направляють до стаціонару, де проводять відкрите усунення вивиха. Далі кінцівку фіксують гіпсовою шиною, виконують контрастне рентгенологічне обстеження у 2-х проекціях. Після усунення вивиха стегна або гомілки хворому призначають постільнй режим на 2–3 тижні. Реабілітація амбулаторних хворих нраправлена на прискорення репаративних процесів та відновлення функції кінцівки. З цією метою проводять масаж кінцівки (вище та нижче пошкодженого суглоба, з 3–6-го дня призначають лікувальну фізкультуру з дозованими активними та пасивними рухами в суглобі, фізіотерапевтчне лікування.

ВИВИХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ складає близько 4% від загального числа вивихів і зустрічається частіше у людей похилого віку. Причиною може бути травма, надмірне розкриття рота при стоматологічних маніпуляціях, блюванні тощо. При вивиху нижньої щелепи капсула частіше не розривається, а лише розтягується. При огляді рот хорого розкритий і не закривається,нижня щелепа зміщена вниз та вперед, ковтання ускладнене, розмовна функція порушена,неможливий прикус, із рота постійно виділяється слина. Пальпаторно попереду слухових проходів визначається порожня суглобова впадина, а спереду від неї пальпується суглобова головка. Діагноз підтверджується рентгенологічно. Вправляння вивиха проводять в сидячому положенні. Після введення в ділянку 10 мл 1% розчину новокаїнухворого садять на стілець обличчям до лікаря. Голову хворому ззаду обома руками тримає асистент. Великі пальці рук, обгорнуті стерильними серветками, хірург вводить в порожнину рота хворого, іншими пальцями охоплює нижню щелепу ззовні. Натискаючи на щелепу зверху та посуваючи її назад, хірург припіднімає підбо-

ріддя доверху. Вправлення супроводжується характерним клацанням і рот зразу закривається. Для попередження пошкодження пальців хірурга зубами на початку маніпуляції в рот хворого вставляють роторозширювач. Після вправленя ви виха рекомендують носити протягом кількох днів пращовидну пов'язку, не відкривати широко рот і не жувати тверду їжу.

ВИВИХ КЛЮЧИЦІ спостерігається у стернальному та акроміальному з'єднаннях внаслідок непрямої травми. При вивиху акроміального кінця ключиці відбувається розрив зв'язок ключично-акроміального з'єднання, і в результаті зміщення ключиці доверху утворюється деформація надпліччя, рухи в плечовому суглобі через біль різко обмежені. Слід мати на увазі, що довжина ключиці при цьому лишається тією ж, що є важливою діагностичною ознакою у диференціальній діагностиці вивиха та перелома. Діагноз підтверджують дані рентгенографії, виконані у задній проекції. В умовах поліклініки вправляють вивих шляхом натискання пальцями на вивихнутий кінець ключиці під місцевим знаболенням з введенням 10–15 мл 1% розчину новокаїну. Утримання вправленого акроміального кінця ключиці має значні труднощі: частіше всього з цією метою застосовують гіпсову торако-брахіальну пов'язку. При рецидиві вивиха хворому показане оперативне втручання.

Особливістю вивиха стернального кінця ключиці є те, що зміщення його може відбутися доверху (надгрудинний вивих), назад (загрудинний вивих) та вперед (передгрудинний вивих). Хворий скаржиться на набряк та біль в ділянці грудинно-ключичного з'єднання. При надгрудинному та передгрудинному вивихах є можливість пропальпувати стернальний кінець ключиці під шкірою. При загрудинному вивихові визначається впадина в ділянці з'єднання та ознаки стиснення переднього межистіння. Вправлення вивиха здійснюють під місцевим знеболенням, утримання стернального кінця ключиці після вправлення найдоцільніше за допомогою гіпсової торако-брахіальної пов'язки. При рецидиві вивиха показане оперативне втручання.

ВИВИХ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ спостерігається найчастіше і виникає внаслідок непрямої травми. Висока частота вивихів у плечовому суглобі зумовлена його анатомо-фізіологічними особливостями: капсула суглоба тонка,його зв'язковий апарат представлений в основному клювовидно-плечовою зв'язкою. Фіксація суглоба здійснюється за рахунок м'язевих шарів, що його окутують. Розрізняють передній, нижній та задній вивихи плечової кістки. При передньому вивиху плеча (підклювовидний), що зустрічається найчастіше, головка пле-

чової кістки зміщена доверху та вперед. Хворий скаржиться на біль в суглобі та обмеження рухливості. При огляді відмічається деформація суглоба, вимушене положення кінцівки. Контури дельтовидного м'яза сплощені, підключична ямка згладжена.Рухи в плечовому суглобі значно обмежені та болючі, при спробі приведення плеча до тулуба відчувається "пружинистість". Шкіра над суглобовою впадиною дещо втягнута, голівка плечової кістки визначається під клювовидним відростком. При вивиху плеча можуть мати місце пошкодження судин та нервів. В зв'язку з цим при обстеженні хворого слід звернути увагу на стан пульсації ліктьової та променевої артерій, больову та тактильну чутливість передпліччя та кисті. При спробі пасивних рухів голівка плеча рухається разом з діафізом кістки, що є важливою відмінною ознакою вивиху від переломо-вивиху.

Перша допомога полягає в іммобілізації руки транспортною шиною Крамера або косинковою пов'язкою.

Вправлення вивиха слід проводити при хорошій м'язевій релаксації. В зв'язку з цим у хворих із розвинутою мускулатурою слід застососувати загальне знеболення. Місцеве знеболення може застосовуватись в осіб із слабкою мускулатурою, у вигляді ін'єкції 30–50 мл 1% розчину новокаїну. Для вправлення переднього та нижнього вивихів найчастіше застосовують метод Джанелідзе. При цьому хворого кладуть на край столу таким чином, щоб кінцівка з вивихнутим суглобом вільног звисала вниз. Голову хворого кладуть на приставний столик або тумбочку. Під важкістю кінцівки через 20–25 хвилин настає розслаблення м'язів плечового поясу. Після цього хірург згинає кінцівку у ліктьовому суглобі та підтягує донизу, проводячи ротаційні рухи в плечовому суглобі назовні та всередину.

Спосіб Кохера включає в себе 4 етапи, що сприяють розслабленню підлопаткового м'яза та виправленю вивиха.

Положення хворого на стільці.

І-й етап: передпліччя згинають під прямим кутом і руку обережно відтягують донизу, плече повільно приводять до тулуба і назад.

ІІ-й етап: плече повертають назовні до тих пір, поки долонна поверхня передпліччя не досягає паралельної лінії з фронтальною поверхнею тіла. Інколи при цьому вивих вправляється.

ІІІ-й етап: хірург переміщує притиснутий до тулуба ліктьовий суглоб до середньої лінії грудної клітки і доверху.

IV етап: плече повертають всередину, передпліччя переміщують на протилежне плече. Вправлення вивиха супроводжується своєрідним клацанннням.

Після вправлення вивиха іммобілізація плеча обов'язкова протягом 2–3-х тижнів за допомогою гіпсової пов'язки. Після зняття гіпсової пов'язки хворому призначають масаж, лікувальну фізкультуру, фізіотерапевтичне лікування. Працездатність відновлюється через 1–1,5 місяці, важка праця протипоказана до 2,5–3-х місяців. Якщо в умовах травматологічного пункту або поліклініки не вдалося впрвити вивих, можна спробувати повторно, але під загальним знеболенням. При повторній невдалій спробі хворого слід направити до стаціонару.

Звичний вивих плеча виникає внаслідок нераціонального лікування свіжого вивиха без достатнього знеболення, нехтування іммобілізацією суглоба та лікувальними заходами у реабілітаційному періоді тощо. Лікування звичного вивиха має здійснюватися оперативним методом у спеціалізованому стаціонарі.

ВИВИХ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ посідає 2-е місце за частотою та складає 25–27% від загального числа вивихів. Розрізняють вивихи передпліччя назад, наперед, назовні, всередину та розхідні (дивергуючі). Найчастіше виникають від падіння на випрямлену руку або навпаки, на ділянку ліктьового суглоба. Залежно від механізму травми можуть виникати вивихи передпліччя, ізольовані вивихи променевої або ліктьової кістки та переломо-вивихи. Характерною особливістю вивиха передпліччя є значне пошкодження зв'язкового апарату суглоба та крововилив у м'які тканини. Хворий скаржиться на біль у ліктьовому суглобі, відсутність рухливості у ньому, а також порушення функції кінцівки. При задньому вивиху відмічається зміщення передпліччя назад і зорове подовження плеча, ліктьовий суглоб деформований. Передпліччя перебуває у положенні згинання в ліктьовому суглобі під кутом 120–125°. У здорової людини при зігнутій кінцівці у ліктьовому суглобі лінії, що з'єднують верхівку ліктьового відростка та надмищелки плеча,

Утворюють рівнобедрений трикутник (Гютера). При вивихові передпліччя ці анатомічні орієнтири розмішені на одній прямій лінії.При великому зміщенні ліктьовий відросток може стати вище міжмищелкової лінії плеча. При огляді та пальпації слід звернути увагу на частоту та якість пульсу на променевій артерії, перевірити чутливістьшкіри в ділянці передпліччя ти кисті, рухи в міжфалангових суглобах. Діагноз підтверджується на підставі рентгенографії.

Перша допомога: іммобілізація пошкодженої кінцівки із застосуванням дротяної шини Крамера та косинкової пов'язки.

Вправлення вивиха проводиться під місцевим знеболенням(під ліктьовий відросток у порожнину суглоба вводять 25–30 мл 1% розчину но-

вокаїну). При задньому вивиху кінцівку відводять від тулуба та згинають у ліктьовому суглобі під прямим кутом. Хірург охоплює дистальну третину плеча, його великі пальці фіксуються на ліктьовому відростку. Асистент розтягує суглоб по осі плечової кістки, дещо згинає його. В цей час натисканням на ліктьовий відросток хірург зміщує передпліччя наперед та вправляє вивих. При передньому вивихові ліктовий суглоб має деформацію у вигляді багнета з удаваним подовженням передпліччя. На задній поверхні чітко пальпується мищелок плеча. Кінцівка в ліктьовому суглобі розігнута, активні та пасивні рухи в суглобі різко обмежені, болючі та пружинисті. Усунення вивиха проводиться під місцевим або загальним знеболенням. Пошкоджена кінцівка відводиться до прямого кута по відношенню до осі тулуба. Асистент утримує плече і відтягує проксимальний відділ передпліччя, зігнутого під прямим кутом. Хірург повільно розгинає передпліччя та вправляє вивих.

Вивих передпліччя назовні або всередину рідко буває повним. Хворий скаржиться на біль в ліктьовому суглобі, обмеження рухів та порушення функції кінцівки. При огляді відмічається деформація суглоба, вісь передпліччя зміщена всередину або назовні. Вправлення вивиха здійснюється під місцевою анестезією. Згинають передпліччя під прямим кутом, після помірної тяги по осі плеча проводять корекцію зміщення передпліччя назовні та всередину та усувають вивих. Дивергуючі вивихи передпліччя зустрічаються вкрай рідко.

Вивихи голівки променевої кістки зустрічаються найчастіше при падінні на випрямлену руку у положенні пронації передпліччя. При огляді суглоб деформований, активні та пасивні рухи обмежені до 90°, болючі. Важливим диференційним моментом є те, що при пронації та супінації голівка променевої кістки легко зміщується. Діагноз підтверджується даними рентгенографії. Вправлення вивиха проводять під загальним знеболенням. Хірург захоплює однією рукою кисть пошкодженої кінцівки, а другу фіксує на вивихнутій голівці променевої кістки. В подальшому під час згинання передпліччя проводиться його супінація і вправлення вивиха шляхом тиску на голівку променевої кістки. Вправлений вивих утримують циркулярною гіпсовою пов'язкою у положенні супінації та згинання передпліччя під прямим кутом. У можному випадку після вправлення вивиха необхідний рентгенологічний контроль. При неефективному лікуванні хворого слід направити у спеціалізований стаціонар для оперативного лікування.

ВИВИХ І ПАЛЬЦЯ КИСТІ зустрічається частіше при падінні на долонну поверхню кисті. Розізняють вивих назад, наперед та назовні. При вивиху пальця на тильну сторону майже завжди розриваєт-

ся суглобова капсула. При цьому внаслідок зміщення вивихнутого пальця та голівки І п'ястної кістки у різні боки палець набуває багнетоподібної деформаці. Створюється враження, що палець дещо вкорочений, рухи в міжфалангових суглобах відсутні.

Усунення вивиха проводять під місцевим знеболенням або провідниковою анестезією. Асистент обома руками міцно тримає кисть пошкодженої кінцівки. Хірург лівою рукою фіксує променевозап'ястний суглоб хворого, а правою охоплює вивихнутий палець, поступово розгинає його, потягуючи доверху. Під час цієї маніпуляції хірург великим пальцем правої руки посуває наперед зміщену фалангу вивихнутого пальця і вивих вправляється. Після вправлення вивиха накладають гіпсову пов'язку від середньої третини передпліччя по долонній поверхні до нігтьової фаланги І-го пальця. Палець фіксують у положенні відведення та незначного згинання у міжфалангових суглобах на 5–6 днів. Після зняття гіпсової пов'язки призначають лікувальну фізкультуру та фізіотерапевтичні процедури. Якщо вивих не вправляється черед розрив суглобової капсули та защемлення сухожилка довгого згинача І пальця між голівкою п'ястної кістки та суглобовою поверхнею основної фаланги, хворого слід направити до спеціалізованого стаціонару для оперативного втручання.

ВИВИХ СТЕГНА за частотою посідає 3-е місце після вивиха плеча та передпліччя, виникає при автопригодах, падінні з висоти, внаслідок удару тощо. Голівка стегна глибоко занурена у суглобовій впадині і міцно утримується зв'язками та м'язами. Розрізняють задні (здухвинні та сідничі), передні (надлобкові та обтураційні) та центральні вивихи. Центральний вивих виникає внаслідок прямої травми по осі великого вертела, після перелома вертлужної впадини голівка стегна зміщується всередину та проникає в порожнину малого таза. Різні види вивихів зумовлені положенням голівки стегна в момент травми: передні виникають при відведеній або ротованій донизу кінцівці, задні – при її приведенні та внутрішній ротації. Враховуючи анамнез та дані об'єктивного обстеження, діагностика вивиха не складна. Для більшості вивихів(здухвинні, сідничі, обтураційні, надлобкові) характерні загальні однаки: порушення рухливості у суглобі, біль, явища травматичного шоку, патологічна установка кінцівки, зміна контурів суглоба тощо. Крім цього, при кожному з перечислених вивихів мають місце специфічні зміни, характерні лише для цієї локалізації. Так, при здухвинному вивиху кінцівка приведена та зігнута. При сідничому – приведена та ротована всередину. Визначається відносне вкорочення кінцівки на 4–5 см. При ротації сідничої

ділянки чітко пальпується вивихнута голівка стегна. При рентгенологічному обстеженні голівка стегна визначається ззаду та вище вертлужної впадини(здухвинний вивих)а або ззаду та нижче її (сідничний вивих). При попередніх вивихах кінцівка дещо зігнута, відведена та ротована назовні. Голівка вивихнутого стегна пальпується біля основи скарпівського трикутника. Слід зазначити, що при передніх вивихах у хворого можуть виникати пошкодження судин стегна, в зв'язку з чим можуть мати місце ознаки порушення периферичного кровообігу: бліда шкіра, відсутність пільсації на артеріях стопи тощо. При центральних вивихах кінцівка приведена, помірно зігнута, ротована зовні та вкорочена. При ректальному обстеженні вивихнута голівка стегна пальпується в порожнині малого таза.

Усунення вивиха в кульшловому суглобі має проводитисся тільки в умовах стаціонару із застосуванням загального знеболення. У поліклініці або амбулаторії хірург при потребі проводить комплекс протишокових заходів: інгаляції кисню, знеболення, регуляція судинної системи. Слід покласти хворого на ноші та відправити для подальшого лікувння до стаціонару. Неможна вивихнуту кінцівку фіксувати або робити спробу придати їй нормальне положення. Вивихнуту кінцівку обережно кладуть у тому положенні, в якому вона опинилась після травми, під коліно кладуть валик та транспортують хворого у травматологічне відділення.

Вправлення задніх вивихів здійснюють в основному за методом Джанелідзе.Хворого кладуть обличчям донизу, пошкоджена кінцівка вільно звисає зі столу протягом 20-ти хвилин до настання розслаблення м'язів. Потім кінцівку згинають у колінному та кульшовому суглобах, відводять та ротують спочатку всередину а потім назовні, одночасно відтягують стегно донизу шляхом натиснення коліном на верхню третину гомілки. Усунення передніх вивихів стегна здійснюється за методом Кохера. Хворого кладуть на спину та фіксують таз ременем або простирадлом. Пошкоджену кінцівку згинають у кульшовому та колінному суглобах під прями кутом, під верхню третину гомілки хірург підводить своє коліно. Вивих усувається в результаті натягу кінцівки уверх по осі стегна. Після вправленя вивиха іммобілізація досягається за допомогою постійного витягнення протягом 2–4-х тижнів. Хворому призначають лікувальну фізкультуру, фізіотерапевтичне лікування, дозоване навантаження через 5–6 днів. Амбулаторне лікування після виписки із стаціонару триває до 2-х місяців. Працездатність при програмованій реабілітації залежно від фаху хворого відновлюється через 1,5–2,5 місяці.

Центральний вивих стегна усувається за допомогою скелетного витягнення. Вправлення голівки стегна контролюється рентгенологічно. Хворому призначають з 10–12 дня лікувальну фізкультуру та фізіотерапевтичні процедури. Враховуючи наявність перелома вертлужної впадини при центральному вивиху стегна, хворому рекомендують протягоом 3–4-х місяців користуватись милицями. Працездатність відновлюється через 6–8 місяців.

ВИВИХ ГОМІЛКИ зустрічається порівняно рідко та складає не більше 2% в порівнянні з вивихами іншої локалізації. Вони є травмами з несприятливим прогнозом в зв'язку з частими пошкодженнями менісків, розривом суглобової капсули, що призводить до нестабільност і у колінному суглобі. Вивих гомілки – це, насамперед, вивих великогомілкової кістки, так як малогомілкова кістка не досягає суглобової поверхні епіфіза стегна. Розрізняють повні та неповні вивихи, які частіше виникають внаслідок прямої травми. Вивихи поділяють також на передні, задні та ротаційні. При вивихах гомілки спостерігається деформація колінного суглоба, відсутність рухів у ньому, біль. При пошкодженні судинно-нервового пучка клінічна картина доповнюється ознаками порушення периферичного кровообігу (бліда шкіра, відсутність пульсації на артеріях стоп) та іннтервації. Усунення вивиха гомілки проводяться лише під загальним знеболенням в ранній термін після травми в зв'язку із загрозою порушення кровообігу кінцівки. Хворого кладуть на спину, стегно тримає асистент. Хірург досягає вправлення вивиха шляхом поступового витягнення гомілки по осі стегна та натискування на зміщену кістку. Після усунення вивиха хворому накладають задню гіпсову шину від сідничної складки до пальців стопи. Колінний суглоб при цьому слід фіксувати у фізіологічно вигідному положенні згинання під кутом 8–10°. Хворому призначають лікувальну гімнастику, масаж, фізіотерапевтичні процедури. Після зняття гіпсової шини (через 8–10 днів) іммобілізацію пошкодженого колінного суглоба проводять за допомогою наколінника або еластичного бинта. Працездатність відновлюється через 3,5 місяців після травми.

ВИВИХ НАДКОЛІННИКА зустрічається вкрай рідко і складає 0,4–0,7% всіх вивихів. Вивих виникає внаслідок прямої та непрямої травми і майже завжди супроводжується розривом суглобової капсули та зв'язкового апарату. Розрізняють зовнішньо-бокові, верхні та нижні вивихи надколінника. Хворий скаржиться на біль у колінному суглобі ,набряк та крововилив. Колінний суглоб деформований в результаті зміщення надколінника, набряк зумовлений розривом капсули та зв'язкового апарату.

На рентгенограмі чітко визначається зміщення надколінника. Усунення вивиха здійснюється під місцевим знеболенням шляхом введення 40–60 мл 0,5% розчину новокаїну або під загальним знеболенням. Кінцівку згинають в кульшовому суглобі та розгинають у колінному. Натисканням на надколінник вправляють вивих. Фіксація надколінника досягається накладанням гіпсової циркулярної пов'язки від пахвинної складки до стопи. Через 10–12 днів циркулярну пов'язку замінюють задньою гіпсовою шиною на 2–3 тижні. Одночано призначають лікувльну фізкультуру, масаж та фізіотерапевтичні процедур. Працездатність ввідновлюється через 1,5–2 місяці.

Переломи ключиці

Переломи ключиці є досить частим пошкодженням і зустрічаються у різному віці. У немовлят вони можуть мати місце при пологах, у дітей – підокостеві, у дорослих – зі зміщеннями. Найчастіше локалізуються в середній третині або на межі середньої та дистальної третини. Механізм травми – падіння на витягнуту руку, лікоть, звнішню поверхню плеча або безпосередньо на ключицю.

Клініка: при переломах у дітей характеризуються набряком, гематомою, болем, порушенням функції кінцівки. При переломах у дорослих помітна крім усього зазначеного, деформація, що зумовлена зміщенням уламків: надпліччя вкорочується по ширині і опускається. При пальпації визначається зміщення уламків: проксимальний – доверху назад, дистальний – донизу наперед. Обов'язковим є виконання рентгенологічного дослідження, яке підтверджує діагноз.

Лікування: здебільшого консервативне. Зростання задовільне, реабілітація повністю відновлює функцію плечового суглоба.

При переломах ключиці у немовлят здійснюють іммобілізацію бинтуванням ручки до тулуба на 5–7 днів. У дітей при переломах без зміщення іммобілізацію виконують на клиновидній подушці. При переломах зі зміщенням у дітей та дорослих співставлення здійснюють шляхом розведення та підіймання надпліч з обов'язковим накладанням 8-ми подібної пов'язки, тури якої схрещуються на спині. Тривалість іммобілізації – у дітей 2 тижні, в дорослих – 4 тижні. Працездатність відновлюється через 5–7 тижнів. При значних зміщеннях, загрозі пошкодження судинно-нервового пучка в процесі закритої репозиції, загрозі перфорації шкіри проводять оперативне втручання – відкриту репозицію та остеосинтез товстою спицею. Іммобілізація триває протягом 4-х тижнів, працездатність відновлюється через 6–8 тижнів.

В комплексі лікувальних заходів слід призначати препарати кальцію, полівітаміни, збалансоване харчування. В процесі реабілітації доцільно застосовувати лікувальну фізкультуру, електрорфорез з хлоридом кальцію, озокеритові аплікації.

Отже, наслідки травми будуть меншими, якщо в комплексі лікування будуть дотримуватись принципи іммобілізації, вітамінотерапії, реабілітаційні заходи.

Переломи плеча

Розрізняють переломи середньої частини плечової кістки (діафізарні переломи) та її верхнього або нижнього кінця, відповідно епіфізарні та метафізарні переломи. Приблизно половина всіх переломів плечової кістки припадає на діафізарні, а друга половина –на верхній та нижній її кінець. Ці переломи виникають під впливом як прямої, так і непрямої травми (удар, падіння на руку, викручування тощо). Найчастіше зустрічаються переломи в ділянці хірургічної шийки і характерні переважно для осіб похилого віку. Перелом хірургічної шийки нерідко поєднується з відривом великого, рідше малого бугра. Переломи верхнього кінця плечової кістки часто бувають вколоченими, а інколи і внутрішньосуглобовими.

Діагностика переломів хірургічної шийки плечової кістки, а особливо вколочених, буває інколи дуже ускладненою, так як ознаки цього перелома часто нагадують ознаки забою або вивиха у плечовому суглобі, а значний набряк ще більше ускладнює постановку правильного діагнозу. Для запобігання зміщення уламків обстеження хворих слід проводити вкрай обережно. При переломі спостерігається обширна підшкірна гематома, вкорочення кінцівки, крепітація. Проте остаточний діагноз виставляють на підставі рентгенологічного обстеження. Часто зустрічається пошкодження променевого нерва, котрий тісно прилягає до кістки.

Перша допомога – іммобілізація перелома за допомогою стандартних та імпровізованих шин, косинки.

Лікування вколочених переломів верхнього кінця плечової кістки проводиться амбулаторно і полягає в іммобілізації травмованої кінцівки гіпсовою пов'язкою Дезо, яка починається від надпліччя здорової сторони і закінчується на рівні голівок п'ястних кісток кисті ураженої кінцівки. Тривалість іммобілізації 3–4 тижні. Працездатність відновлюється через 4–5 тижнів. Хворим похилого та старечого віку доцільно

накладати клиновидну подушку протягом 4–5 тижнів. Завдяки клиновидній формі подушки кінцівка укладається у зручному для хворого положенні відведення. Через 2 тижні марлеві бинти знімаються, а рука підвішується на косинку. З цього моменту призначаються активні рухи у ліктьовому та плечовому суглобах, масаж, теплові процедури.

При переломах зі зміщенням уламків проводять їх вправлення за загальними правилами, а затим на 4–5 тижнів накладють торакобрахіальну гіпсову пов'язку або відвідну шину. При невдалій спробі вправити уламки показане хірургічне втручання, що полягає у металофіксації уламків. Тривалість іммобілізації 4–6 тижнів. Працездатність відновлюється через 8–10 тижнів.

ПЕРЕЛОМИ ДІАФІЗА ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ. Найчастіше виникають від прямої травми і локалізуються переважно у середній третині плеча. Діагностика не викликає складнощів, оскільки при цьому чітко виражені всі класичні прояви перелома: біль, больові точки, порушення функцій, крововтрати, деформація кінцівки, її вкорочення, патологічна рухливість, крепітація. Інколи спостерігається пошкодження променевого нерва, про що свідчить звисання кисті та відсутність розгинання пальців. Остаточний діагноз виставляється після проведення рентгенологічного обстеження у 2-х проекціях.

Перша допомога – іммобілізація перелома за допомогою стандартних та імпровізованих шин.

Лікування: зазвичай проводять в умовах стацінару за допомогою гіпсової торакобрахіальної пов'язки або витягнення на відвідній шині. Іммобілізація при діафізарних переломах триває до 10–12 тижнів. Непрацездатність триває 2,5–3,5 місяці.

Оперативне лікування переломів діафіза показане при вираженій інтерпозиції, застарілих переломах зі зміщенням, переломах, ускладнених пошкодженням судинно-нервового пучка. Після проведения металоостеосинтезу іммобілізацію здійснюють торакобрахіальною гісовою пов'язкою протягом 8 тижнів. Працездатність відновлюється через 12–16 тижнів.

ПЕРЕЛОМИ НИЖНЬОГО (ДИСТАЛЬНОГО) кінця плечової кістки бувають внутрішньосуглобовими або позасуглобовими. Найчастіше виникають від непрямої травми (падіння на витягнуту або відведену руку, на зігнутий лікоть) внаслідок, якої найчастіше відбувається перелом надмищелків плечової кістки тощо.

Діагностика внутрішньосуглобових переломів інколи ускладнюється, тому обов'язковим є рентгенологічне дослідження у 2-х проекціях.

Перша допомога – іммобілізація перелома.

Лікування внутрішньосуглобових переломів нижнього кінця плечової кістки без зміщення уламків проводиться шляхом легкої іммобілізації (косинка, гіпсова шина) та своєчасного застосування ЛФК. За значних зміщень уламків при внутрішньосуглобових переломах застосовують гіпсову пов'язку з попереднім вправленням уламків, а також скелетне витягнення. Іммобілізація за відсутності ускладнень триває 2–4 тижні. В рідких випадках, наприклад, коли спостерігається повний відрив мищелків, вдаються до оперативного втручання. Навколосуглобові переломи (відрив надмищелків із значним зміщенням їх тягою м'язів) лікують оперативно а також скелетним витягненням або ретельно змодельованою гіпсовою пов'язкою. Непрацездатність I,5–2,5 місяці.

Слід пам'ятати, що при надмищелкових переломах плечової кістки зі зміщенням уламків можуть пошкододжуватись крупні судини, нерви, що призводить до ішемічної контрактури (Контрактура Фолькмана). З метою профілактики цього грізного ускладнення репозиція перелому має здійснюватись особливо ретельно і терміново. Ішемічна контрактура може спостерігатися при неправильному накладанні гіпсової пов'язки (циркулярне стиснення м'яких тканин ділянки ліктьового суглоба). Ця обставина змушує лікаря бути особливо уважним і при найменших ознаках стиснення тканин гіпсовою пов'язкою останню негайно розрізають в поздовжньому напрямку.

Переломи кісток передпліччя

Переломи кісток передпліччя зустрічаються часто. Серед них розрізняють переломи проксимального кінця, діафіза та дистального кінця кісток предпліччя. До переломів проксимального кінця кісток передпліччя належать переломи ліктьового відростка, вінцевого відростка ліктьової кістки, голівки та шийки променевої кістки, епіфізеолізи голівки променевої кістки. Всі вони є внутрішньосуглобовими переломами.

ПЕРЕЛОМИ ЛІКТЬОВОГО ВІДРОСТКА найчастіше виникають внаслідок прямої травми. Вираженість симптомів при цьому виді травми значною мірою залежить від характеру зміщення кісткових уламків та стану розгиначів ліктьового суглоба. При переломах без зміщення кісткових уламків відмічається набряк в ділянці ліктьового суглоба та локальний біль при пальпації. Переломи ліктьового відростка зі змі-

щенням кісткових уламків супроводжуються вираженим набряком тильної поверхні ліктьового суглоба, активні та пасивні рухи в ньому обмежені та болючі. При переломах без зміщення кісткових уламків здійснюють іммобілізацію кінцівки за допомогою задньої гіпсової шини в положенні розгинання ліктьового суглоба під кутом 160°. Через 3–4 тижні знімають шину та призначають лікувальну фізкультуру та фізіотерапевтичні процедури. При переломах ліктьовогоо відростка зі зміщенням кісткових уламків та пошкодженням розгиначів хворого слід направити до стаціонару для оперативного втручання.

ПЕРЕЛОМИ ВІНЦЕВОГО ВІДРОСТКА виникають при форсованих рухах та зустрічаються в ізольованому вигляді досить рідко. Частіше цей вид перелому поєднується із заднім вивихом передпліччя.

Клініка: набряк в ділянці ліктьового суглоба, біль при активних та пасивних рухах, пальпаторно визначається локальний біль.

Лікування: при переломах без зміщення кісткових уламків здійснюють іммобілізацію кінцівки за допомогою задньої гіпсової шини протягом 10–12 днів. При цьому ліктьовий суглоб фіксується в положенні згинання під кутом 90°. При переломах вінцевого відростка зі зміщенням кісткових уламків передпліччя фіксують задньою гіпсовою шиною у положенні згинання під гострим кутом протягом 2–3 тижнів. Якщо одномоментна репозиція виявилася неефективною і уламки зміщені при згинанні передпліччя під гострим кутом, показане відкрите співставлення уламків. Працездатність відновлюється через 3 місяці. Слід своєчасно призначати лікувальну фізкультуру, фізіотерапевтичне лікування та проводити їх регулярно та наполегливо, оскільки після перелому вінцевого відростка нерідко спостерігається обмеження рухливості в ліктьовому суглобі.

ПЕРЕЛОМ ГОЛІВКИ ТА ШИЙКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ найчастіше виникає при падінні на витягнуту руку. Зустрічається порівняно рідко. Розрізняють крайові переломи голівки променевої кістки без зміщення та зі зміщенням кісткових уламків, поперечні та уламкові переломи.

Клініка: визначається набряк в ділянці ліктьового суглоба. Активні та пасивні рухи болючі, потерпілий фіксує передпліччя у положенні згинання та пронації. В ділянці перелома при пальпації визначається локальний біль. Остаточний діагноз виставляється за допомогою рентгенографії у двох проекціях. При переломах без зміщення кісткових уламків виконують іммобілізацію кінцівки від голівок п'ястних кісток до верхньої третини плеча задньою гіпсовою шиною на 2 тижні. Передпліччя фіксують у положенні згинання під кутом 90° у по-

ложенні супінації. Якщо одномоментна репозиція неефективна та за наявності уламкового перелома хворого направляють до стаціонару.

ПЕРЕЛОМИ ДІАФІЗА КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ виникають найчастіше внаслідок прямої травми. При цьому відмічається ізольований перелом однієї або двох кісток передліччя. Переломи можуть бути без зміщення та зі зміщенням кісткових уламків. У дітей переломи діафіза кісток передпліччя часто бувають підокістеві (за типом "зеленої гілки").

Клініка: дефоромація передпліччя, наявність патологічної рухливості, біль при активних та пасивних рухах у ліктьовому та променевозап'ястному суглобах. Діагноз дифенренціюють за допомогою рентгенографії кісток передпліччя у 2-х проекціях.

Лікування: при переломах без зміщення кісткових уламків кінцівку іммобілізують від голівок п'ястних кісток до верхньої третини плеча задньою гіпсовою шиною. Передпліччя слід фіксувати в положенні супінації та згинання в ліктьовому суглобі під кутом 90°. Реабілітаційне лікування полягає у застосуванні лікувальної фізкультури, масасажу, фізіотерапевтичного лікування. Хворих зі зміщенням кісткових уламків та з уламковими переломами слід направляти до стаціонару.

Переломи дистального кінця передпліччя найчастіше зустрічаються у дорослих. Ця група пошкоджень об'єднує перелом променевої кістки в типовому місці, перелом обох кісток передпліччя в ділянці метафіза та епіфізеоліз.

ПЕРЕЛОМ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В ТИПОВОМУ МІСЦІ зустрічається переважно в осіб похилого віку при падінні на витягнуту руку. Залежно від положення кисті в момент травми може виникнути екстензійний або флексійний перелом. Останній вид перелома променевої кістки зустрічається дуже рідко. При екстензійному переломі можуть виникнути: вколочений, метафізарний перелом з типовим зміщенням кісткових уламків в тильну та променеву сторони, уламковий перелом. Перелом променевої кістки в типовому місці інколи може поєднуватися з вивихом голівки ліктьової кістки та пошкодженням зв'язкового апарату променеволіктьового суглоба.

Клініка: набряк в ділянці перелома, багнетоподібна деформація нижньої третини передпліччя внаслідок типового зміщення кісткових уламків. Рухи в променевозап'ястному суглобі обмежені та болючі. При пальпації визначається локальний біль. Діагноз уточнюють за допомогою рентгенографії променевозап'ястного суглоба у 2-х проекціях. При вколочених переломах та переломах без зміщення кісткових

уламків накладають тильну гіпсову шину від голівок п'ястних кісток до ліктьового суглоба. З перших днів призначають лікувальну фізкультуру для ліктьового та міжфалангових суглобів. Через 2 тижні гіпсову шину заміняють зйомною гіпсовою пов'язкою та призначають лікувальну фізкультуру та фізіотерапевтичне лікування. При переломах променевої кістки зі зміщенням кісткових уламків одномоментну репозицію здійснюють під місцевим знеболенням із застосуванням 20–30 мл 1% розчину новокаїну. Руку хворого кладуть на стіл так, щоб кисть знаходилась за його межами. Один з асистентів фіксує плече, другий охоплює однією рукою 1-й палець, іншою – останні пальці кисті хворого та витягує по осі передпліччя. Хірург стає спиною до хворого, натискає на дистальний кістковий уламок та усуває радіальне зміщення. Хірург репонує дистальний фрегмент натисканням на його тильну поверхню. Співставлення кісткових уламків буде полегшене, якщо в цей час асистент проводить долонне згинення кисті в променевозап'ястному суглобі. Після репозиції хірург утримує співставлені кісткові уламки, асистенти зменшують витягнення та накладають тильну гіпсову шину від голівок п'ястних кісток до ліктьового суглоба на 4 тижні. Кисть знаходиться у положенні легкої долонної флексії. Через 2–2,5 тижні знімають гіпсову пов'язку, кисть переводять у середньофізіологічне положення та фіксують тильною гіпсовою шиною. З перших днів після іммобілізації хворим рекомендують виконувати активні рухи в міжфалангових, ліктьовому та плечовому суглобах. Працездатність відновлюється через 6 тижнів. У тих випадках, коли одномоментна репозиція при уламкових епіфізарних переломах промененвої кістки виявилась неефективною, показана відкрита репозиція з накладанням металофіксаторів або застовування апарату Ілізарова.

ЕПІФІЗЕОЛІЗ НИЖНЬОГО КІНЦЯ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ виникає у дітей та підлітків при падінні на витягнуту руку. Зміщення епіфіза відбувається найчастіше до тилу та в променеву сторону.

Клініка: деформація в ділянці променевозап'ястного суглоба, набряк. Активні та пасивні рухи в суглобі супроводжуються різким болем. Остаточний діагноз виставляють на підставі рентгенографії.

Лікування: при епіфізеолізі без зміщення іммобілізацію здійснюють тильною гіпсовою шиною у середньофізіологічному положенні. При зміщенні кісткових уламкків репозиція проводиться під місцевим новокаїновим знеболенням або під загальним знеболенням за тією ж методикою, що і при переломі променевої кістки в типовому місці. Тривалість імобілізації 3–4 тижні.

Переломи кісток кисті

ПЕРЕЛОМИ ЧОВНИКОПОДІБНОЇ КІСТКИ – зустрічаються найчастіше серед переломів кісток зап'ястя. Небезпека полягає в тому, що через недотримання правил іммобілізації може статися асептичний некроз кістки.

Клініка: хворого турбує біль в променево-зап'ястному суглобі, що посилюється при фізичному навантаженні та стисненні кисті в кулак. Набряк в ділянці травми незначний. Тому рентгенологічне дослідження є обов'язковим та рекомендоване 3-х проекціях (пряма, бокова, аксіальна). В сумнівних випадках необхідно повторити рентгенограму через 2–3 дні після травми, коли щілина перелому стає ширшою.

Лікування: свіжі переломи човникоподібної кістки лікують консервативно: іммобілізують циркулярною гіпсовою пов'язкою від п'ястно-фалангових суглобів із захватом основної фаланги першого пальця до ліктьового суглоба в положенні тильної флексії кисті,променевого її відхилення і відіведення великого пальця. Тривалість іммобілізації – 8–10 місяців. При переломах середньої та проксимальної частини – до 3–4 місяців. При виявленні асептичного некрозу проксимального фрагмента доцільно провести оперативне втручання-видалення некротизованого фрагмента. При розвитку хибного суглоба – оперативне втручання – кісткова аутопластика.

Працездатність при переломах човникоподібної кістки визначається терміном зрощення перелома, до якого додається термін на відновлення рухів в суглобах кисті. Весь період іммобілізації хворий повинен активно рухати пальцями.

ПЕРЕЛОМИ П'ЯСТНИХ КІСТОК – частий вид травми на виробництві. Перелом 1-ї п'ястної кістки – найчастіше в нижній третині.

Клініка:виражена гематома,набряк в ділянці п'ястної кістки. Функція пальця порушена. Обов'язкова рентгенограма у 2-х проекціях.

Лікування: при закритих переломах зі зміщенням показане співставлення уламків, яке проводять під місцевою анестезією. Іммобілізацію проводять гіпсовою пов'язкою із захватом п'ястно-фалангових суглобів та основної фаланги 1-го пальця в положенні відведення до ліктьового суглоба протягом 4-х тижнів.При нестійкому співставленні уламків показане застосування постійного витягнення за дистальний кінець п'ястної кістки. Витягнення здійснюється шляхом прикручування до дротяної шини,вгіпсованої у пов'язку на передпліччі. Тривалість витягнення – 3 тижні, іммобілізація 4–5 тижнів, працездатність відновлюється через 5–8 тижнів.

При відкритих переломах зі зміщенням репозицію проводять під час хірургічної обробки рани,здійснюють остеосинтез шпицями Кіршнера. Гіпсова іммобілізація обов'язкова.

Переломи II–V п'ястних кісток настають, як правило, внаслідок прямого удару. Переломи бувають без зміщення та зі зміщенням.

Клініка: на тильній поверхні кисті виражений набряк та гематома, при пальпації – біль, визначаються кісткові уламки, осьове навантаження на відповідний палець призводить до сильного болю,при зміщенні – помітне "вкорочення" пальця та п'ястної кістки. Рентгенограма у 2-х проекціях обов'язкова.

Лікування: при переломах зі зміщенням виконують іммобілізацію пошкоджених пальців та кисті гіпсовою шиною по долонній поверхні кисті та передпліччя у середньофізіологічному положенні. Термін 2–3 тижні. При кутових зміщеннях здійснюють закриту репозицію під місцевою анестезією шляхом витягнення за відповідний палець та натиснення на вершину деформації. Тривалість іммобілізації 3 тижні. Працездатність відновлюється через 4–5 тижнів.

При переломах зі зміщенням по довжині проводиться одномоментна репозиція витягненням за палець та іммобілізацією гіпсовою пов'язкою. Якщо провести закриту репозицію не виявляється можливим, показана відкрита репозиція та остеосинтез шпицями.

При відкритих переломах п'ястних кісток зі зміщенням операція первинної хірургічної обробки закінчується остеосинтезом перелома шпицями Кіршнера, які можна проводити трансартикулярно. Первинний остеосинтез попереджає вторинне зміщення уламків, яке часто настає під час перев'язок, коли гіпсову пов'язку знімають. Тривалість зовнішньої іммобілізації 3–4 тижні. Працездатність відновлюється через 6–8 тижнів. Шпиці видаляють через 3 тижні після операції.

ПЕРЕЛОМИ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ – виникають від прямої травми і частіше бувають відкритими. Переломи можуть бути навколосуглобовими, внутрісуглобовими та діафізарними. Переломи нігтьової фаланги зазвичай бувають уламковими

Клініка: біль,набряк, обмеження функції пальця; при зміщенні помітна деформація. За підозри на перелом обов'язкове рентгенологічне дослідження.

Лікування: при переломах основної фаланги без зміщення виконують іммобілізацію пальця гіпсовою пов'язкою при згинанні основної фаланги на 45–50°, середньої – на 60°, нігтьової – на 15° протягом 2–3 тижнів. Потім призначають відновлювальні заходи. Працездатність досягається через 4 тижні.

При переломах основної фаланги зі зміщенням під місцевою анестезією виконують закрите співставлення уламків шляхом витягнення по осі, тиснення на зміщений фрагмент з долонної поверхні та згинання основної фаланги до прямого кута. Іммобілізацію здійснюють гіпсовою лонгетою протягом 3–4 тижнів. Працездатність відновлюється через 5–6 тижнів.

Якщо закритим методом співставити фрагменти не вдалося, застосовують відкриту репозицію та остеосинтез шпицею. Зовнішню іммобілізацію проводять гіпсовою шиною протягом 4-х тижнів. В подальшому шпицю виймають. Працездатність відновлюється через 5–6 тижнів.

При відкритих переломах основної фаланги операцію хірургічної обробки необхідно закінчити репозицією уламків та остеосинтезом.

Отже, для переломів кисті основним є своєчасна діагностика, кваліфіковане проведення репозиції, реабілітаційне лікування з досягненням максимального відновлення функції кисті.

Переломи стегна

ТРАВМАТИЧНИЙ ЕПІФІЗЕОЛІЗ ГОЛІВКИ – найчастіше зустрічається у підлітків внаслідок падіння. Відбувається взаємне зміщення фрагментів, голівка ротується і зміщується назад та донизу від шийки, а шийка зміщується доверху і сегмент встановлюється в положенні зовнішньої ротації.

Клініка: скарги на болі в кульшовому суглобі, порушення функції кінцівки. Рентгенограма у 2-х проекціях уточнює локалізацію перелома та характер зміщення.

Лікування: усунення зміщення може бути досягнуте одномоментною ручною репозицією, а також оперативним втручанням. Фіксацію здійснюють кокситною гіпсовою пов'язкою. Тривалість іммобілізації 10–12 тижнів, далі проводять реабілітаційне лікування та дозволяють дозоване навантаження (ходьба на милицях). Повне навантаження дозволяють через 4–5 місяців після травми.Інколи проводять скелетне витягнення, проте в сучасних умовах доцільнішим є оперативне втручання з металоостеосинтезом. Після проведення оперативного втручання іммобілізація гіпсовою пов'язкою триває 10–12 тижнів.

МЕДІАЛЬНІ ПЕРЕЛОМИ ШИЙКИ СТЕГНА. Ці переломи належать до внутрішньосуглобових і найчастіше зустрічаються в осіб по-

хилого та старечого віку. Суглобова частина проксимального кінця стегна у літніх людей недостатньо кровопостачається, так як судини зв'язки голівки облітеруються і кровопостачання здійснюється лише за рахунок судин вертельної ділянки. Цей фактор зумовлює частий розвиток асептичного некрозу голівки або незрощення. Зрощення уламків при медіальних переломах шийки відбувається тільки за рахунок ендостального кісткоутворення і можливе лише при ідеальній репозиції, щільному контакті між уламками та абсолютною нерухомістю в ділянці зламу.

Клініка: при вколоченому переломі хворі скаржаться на біль в пахвиній ділянці, що підсилюється при ходьбі або осьовому навантаженні на кінцівку. Активні та пасивні рухи в суглобі збережені, помірно болючі. Патогномонічною ознакою вколоченого перелому є підсилення болю при спробі підняти вверх ногу, при натисканні на ділянку коліна. Сумніви в діагнозі вирішує рентгенографія у 2-х проекціях.

Переломи стегна можна поділити на вальгусні (абдукційні), які часто бувають вколоченими та варусні (аддукційні), для яких типовим є розходження уламків. При варусному переломі шийки активні та пасивні рухи в кульшовому суглобі неможливі. Визначається симптом "прилиплої п'яти" – хворий не може підняти ногу, кінцівка перебуває в положенні зовнішньої ротації та помірного згинання в кульшовому та колінному суглобах. При застарілому переломі, коли відбувається зміщення стегна по довжині, помітне розширення вертельної ділянки та вкорочення кінцівки.

Лікування: при вколоченому переломі найчастіше застосовують деротаційний чобіток протягом 2-х місяців з постільно-амбулаторним режимом хворого.

При варусних переломах доцільним є застосування оперативного втручання: ендопротезування або металоостеосинтез, оскільки застосування деротаційного чобітка не забезпечує повного зрощення і призводить до утворення хибного суглоба. Якщо немає можливості провести оперативне втручання в осіб молодого віку, використовують метод скелетного витягнення, проте він не завжди ефективний. Після припинення витягнення дозволяється дозоване навантаження, повне навантаження – через 5–6 місяців.

Після проведення ендопротезування рухи в оперованій нозі починають через 10–12 днів, ходьба на милицях з дозованим навантаженням – через 2–3 тижні; повне навантаження – через 1,5–2 місяці після операції. Повна реабілітація настає через 5–6 місяців.

Якщо супутня патологія в осіб похилого віку не дозволяє застосувати оперативні методи втручання, повного зрощення не настає, формується псевдоартроз. Лікування таких хворих має передбачати максимальну рухову активізацію як один з основних методів профілактики трофічних розладів (пролежин) та ускладень з боку дихальної та серцево-судинної систем. Застосовують деротаційний чобіток, знеболюючі препарати.

МІЖВЕРТЕЛЬНІ ТА ЧЕРЕЗВЕРТЕЛЬНІ ПЕРЕЛОМИ СТЕГНА. Вертельна ділянка являє собою метафіз стегна та складається з губчастої тканини, яка добре кровопостачається, що зумовлює суттєву крововтрату в цій ділянці з утворенням значних гематом. Переломи вертельної ділянки добре зростаються, проте остаточна кісткова перебудова триває довго. Тому навантаження на кінцівку можливе лише через 3–4 місяці.

Розрізняють переломи міжвертельні, черезвертельні та ізольовані переломи великого та малого вертелів. Механізм переломів найчастіше прямий – падіння на ділянку вертела.

Клініка:при переломах вертельної ділянки крім скарг на біль та порушення функції кінцівки відмічається виражений набряк внаслідок гематоми на предній поверхні, зовнішня ротація кінцівки, симптом "прилиплої п'яти".

Лікування: іммобілізаційний метод при переломах вертельної ділянки як самостійний метод не застосовують через незграбність пов'язки та неможливість попередити виникнення варусної деформації кінцівки.

Метод скелетного витягнення застосовують рідко, здебільшого в осіб молодого віку та у літніх людей за відсутності супутньої патології. Тривалість скелетного витягнення – 6 тижнів. Дозоване навантаження дозволяють через 2,5–3 місяці, повне через 3,5–4 місяці.

В сучасних умовах все ширше використовують оперативний метод лікування, що здебільшого знаходить застосування в осіб похилого віку, яким важко витримати гіпсову пов'язку та тривале перебування у ліжку. Використовується операція металоостеосинтезу, яка проводиться на ортопедичному столі, під загальним знеболенням.

Стійке положення кінцівки в ранньому післяопераційному періоді досягається застосуванням деротаційного чобітка. При досягненні стійкого скріплення уламків після зняття швів дозволяється ходьба на милицях, дозоване навантаження дозволяється через 1,5 місяці, повне – через 2,5–3 місяці.

За наявності важкої терапевтичної патології, коли застосування зазначених методів неможливе, дотримання ортопедичної укладки досягають використанням деротаційного чобітка при нульовій ротації (надколінник повернутий наперед). Догляд за хворими такий, як і після оперативного втручання.

ПЕРЕЛОМ ДІАФІЗА СТЕГНОВОЇ КІСТКИ. Зазначений перелом відбувається як від прямої, так і від непрямої травми. Переломи стегна супроводжуютьстя вираженим больовим синдромом та крововтратою. Ці чинники зумовлюють частий розвиток шоку і тому обов'язковим є проведення протишокових заходів, особливо при оперативному втручанні. Розрізняють переломи діафіза у верхній, середній та нижній третинах.

Клініка: значно порушується загальний стан. Місцево визначається набряк, порушення конфігурації стегна, кутові деформації, вкорочення, пасивне положення тіла у зовнішній ротації дистального фрагмента. При значних зміщеннях фрагментів по ширині інколи вдається при пальпації визначити кінці уламків.

Лікування: при лікуванні діафізарних преломів стегна можливе застосування 3-х основних методів: іммобілізаційного, екстензійного та оперативного.

Як самостійний, іммобілізаційний метод застосовують досить рідко, так як навіть при ідеальному співставленні уламків в гіпсовій пов'язці може настати зміщення. Його можна застосовувати при переломах без зміщення у дітей або при переломах з кутовим зміщенням, що легко усуваються при застосуванні гіпсової пов'язки чи етапним лікуванням. Частіше цей метод застосовують як допоміжний.

Екстензійний метод рекомендується при косих багатоуламкових переломах. Залежно від рівня перелома системи постійного витягнення мають свої особливості. При переломах у верхній третині спицю проводять в надмищелковій ділянці та приєднують вантаж масою 4–5 кг. При переломах в середній третині кінцівку рекомендовано тримати у середньофізіологічному положенні.

При переломах в нижній третині кінцівку кладуть у положення із значним згинанням у колінному суглобі (інколи до прямого кута).

Тривалість скелетного витягнення при діафізарних переломах – 6 тижнів до утворення кісткового мозолю, в подальшому можна проводити функціональним методом з послідовним переходом на ходьбу за допомогою милиць. Можливе застосування іммобілізації циркулярною гіпсовою пов'язкою терміном 4–6 тижнів. Проте таке лікування може призвести до утворення іммобілізаційних контрактур,

що потребує тривалої лікувальної гімнастики в стаціонарних умовах. Заміна екстензійного методу лікування на іммобілізаційний найчастіше є вимушеною мірою при виникненні необхідності в евакуації хворого, при сповільненій консолідації. Дозоване навантаження на кінцівку дозволяється через 2–3 місяці з урахуванням площини перелому, ступеня вираженості репаративних процесів. Працездатність відновлюється через 4–6 місяців.

Оперативне лікувння переломів діафіза стегна показане при вираженому зміщенні, що протидіє співставленню, при подвійних переломах зі зміщенням проміжного фрагмента, при пошкодженні судинно-нервового пучка. В останньому випадку оперативне втручання проводять в ургентному порядку. Найширшого застосвання одержав метод інтрамедулярного металоостеосинтезу стержня різної конструкції. Підбирають металофіксатор, що відповідає довжині та товщині кістки, проте така фіксація не завжди забезпечує стабільність на місці перелому і обов'язково вимагає в післяопераційному періоді додаткової зовнішньої фіксації гіпсовою пов'язкою. Інші способи передбачають застосування товстих металевих фіксаторів. Після такої стабілізації перелому зовнішню фіксацію не застосовують і хворим дозволяють дозоване навантаження після загоєння операційної рани. Під час застосування зовнішньої іммобілізації дозоване навантаження починається через 6 тижнів, тривалість іммобілізаці 2–4 місяці. Працездатність відновлюється через 4–6 місяців.

Зустрічаються також ізольовані переломи великого вертела, малого вертела, епіфізеоліз дистального епіфіза стегна. Всі переломи стегна потребують щонайшвидшої рентгендіагностики, підбору методу лікування та ретельної іммобілізації з метою відновлення працездатності.

Переломи надколінника

Надколінник є сесамовидною кісткою в сухожилку прямого м'яза стегна та слугує своєрідним блоком, що полегшує функцію розгинання гомілки. Надколінник входить до розгинального апарата колінного суглоба. Розрізняють переломи надколінника з пошкодженням та без пошкодження розгинального апарата. Переломи бувають багатоуламкові та ті, що складаються з 2-х фрагментів. Механізм травми, як правило, прямий.

Клініка: в ділянці надколінника відмічається набряк, контури колінного суглоба деформовані, пальпація викликає біль, при розход-

женні уламків прощупується щілина між ними. При пошкодженні надколінника без розриву розгинального апарата зміщення фрагментів надколінника по довжині немає або воно незначне, функція розгинання болюча, проте збережена. При переломі надколінника з розривом розгинального апарата виражене зміщення фрагментів по довжині, функція активного розгинання неможлива. Підтверджує діагноз рентгенографічне дослідження у 2-х проекціях.

Лікування: при переломах надколінника без зміщення та без розриву розгинального апарата показане консервативне лікування: проводять пункцію колінного суглоба, після евакуації крові в суглоб вводять 20–40 мл 0,5% розчину новокаїну, затим накладають тутор на колінний суглоб в положенні майже повного розгинання на 3–4 тижні. Дозоване навантаження дозволяється з 2-го тижня, працездатність відновлюється через 6–8 тижнів.

При переломах надколінника з розривом розгинального апарата лікування оперативне, метою якого є остеосинтез надколінника та ретельне відновлення цілісності розгинального апарата. Оперативне втручання краще проводити в першу добу після травми, зволікання з його виконанням ускладнює як саму операцію, так і післяопераційний період. Фіксацію здійснюють глибокою задньою гіпсовою шиною або тутором на колінний суглоб протягом 4-х тижнів. Затим проводять активну лікувальну гімнастику. Працездатність відновлюється через 2–3 місяці.

При уламковому переломі верхнього або нижнього полюсів надколінника проводять видалення уламків, сухожилок прямого м'яза або зв'язку фіксують трансоссальним швом, ушивають розгинальний апарат.Тривалість іммобілізації в післяопераційному періоді – 3–4 тижні, працездатність відновлюється через 6–8 тижнів.

При уламковому переломі тіла надколінника проводять повне його видалення або резекцію, відновлюють сухожилок прямого м'яза та ушивають розгинальний апарат. Іммобілізація задньою гіпсовою шиною протягом 3-х тижнів, дозоване навантаження на випрямлену кінцівку дозволяється за тиждень після операції, працездатність відновлюється через 5–6 тижнів.

Переломи кісток гомілки

Розрізняють переломи проксимального епіметафіза, діафізарні переломи та переломи дистального епіметафіза (переломи лодижок). Найчастіше зустрічаються переломи лодижок, виникають переважно від непрямого механізму травми.

При прямому механізмі травми переломи носять уламковий характер, супроводжуються суттєвими пошкодженнями м'яких тканин. Характер зміщення визначається напрямком травмуючої сили. Всі переломи в ділянці гомілково-стопного суглоба можна розділити на кілька груп:

1. Ізольовані переломи лодижок (зовнішньої та внутрішньої), переднього та заднього краю дистального метаепіфіза великогомілкової кістки. Це група переломів, при яких зміщення практично не спостерігається.

2. Переломи лодижок в поєднанні з переломами переднього або заднього краю дистального епіметафіза великогомілкової кістки без зміщення.

3. Переломи лодижок та переднього або заднього краю дистального епіметафіза великогомілкової кістки зі зміщенням.

4. Переломо-вивихи стопи – поєднання переломів лодижок, переломів дистального епіметафіза великогомілкової кістки з розривом дельтоподібної зв'язки або зв'язок дистального міжгомілкового з'єднання зі зміщенням стопи в передньо-задньому напрямку назовні.

Клініка: ознаки пошкодження в ділянці гомілково-стопного суглоба: біль, набряк, гематома, порушення контурів суглоба, порушення функції – залежать від кількості уражених анатомічних структур та ступеня зміщення. Рентгенографічне дослідження проводять у 2-х проекціях.

Лікування: вибір методу лікування визначається характером пошкодження: при ізольованих переломах лодижок накладають гіпсову лонгету або циркулярну гіпсову пов'язку до колінного суглоба, стопу фіксують під прямим кутом, термін іммобілізації – 4–5 тижнів. Працездатність відновлюється через 2–2,5 місяців.

При переломах зі зміщенням провдять одномоментну ручну репозицію, використовуючи місцеве знеболення. Накладають гіпсову пов'язку терміном до 6-ти тижнів. Працездатність відновлюється через 2,5–3 місяці. При переломах зі зміщенням, які не усуваються консервативно, а також з розривом дельтовидної зв'зки чи зв'язок дистального міжгомілкового з'єднання, обов'язковим є оперативне втручання.

Період іммобілізації раціонально використовується для відновлювального лікування: застосовуються вітаміно-мінеральні комплекси, фізіотерапевтичні процедури. Після зняття гіпсової пов'язки доцільним є водолікування, санаторно-курортне лікування. Працездатність після оперативного втручання відновлюється через 3–4 місяці.

ПЕРЕЛОМИ ДІАФІЗА КІСТОК ГОМІЛКИ. Належать до найчастіших переломів довгих трубчастих кісток. Перелом наступає при прямій та непямій дії. При прямій травмі виникають багатоу-

ламкові переломи, при непрямій – площина зламу коса або гвинтоподібна. Розрізняють ізольовані переломи гомілкових кісток, при яких спостерігається суттєве зміщення по довжині та переломи обох кісток гомілки. Залежно від характеру та ступеня зміщення уламків переломи діафіза кісток гомілки доцільно розділити на клінічні групи: переломи без зміщення та переломи зі зміщенням.

Клініка: відмічається набряк, біль в ділянці перелома, інколи виражена гематома. При ізольованому переломі кісток можливі активні рухи в кінцівках, при переломі малогомілкової кістки збережена частково функція опори.

При переломі зі зміщенням помітна деформація гомілки, її вкорочення. Обов'язковим є рентгенологічне обстеження кінцівки у 2-х проекціях.

Лікування переломів кісток гомілки без зміщення: при ізольованому переломі великогомілкової кістки у нижній та середній третині здійснюють іммобілізацію циркулярною гіпсовою пов'язкою зі стопою до колінного суглоба. При переломах у верхній третині пов'язка досягає середини стегна. При косій площині здаму осьове навантаження не рекомендоване протягом 2-х місяців після травми. При поперековій площині зламу можливе дозоване навантаження через 4–6 тижнів після травми. Тривалість іммобілізації 2–2,5 місяців. Відновлення працездатності через 3–3,5 місяців.

При ізольованому переломі малогомілкової кістки В нижній третині накладають гіпсову лонгету до колінного суглоба, а при переломі у верхній третині іммобілізація охоплює колінний суглоб. Тривалість іммобілізації 4 тижні, дозоване навантаження можливе з 2-го тижня, Працездатність відновлюється через 4–5 тижнів.

При переломі обох кісток гомілки без зміщення – іммобілізація циркулярною гіпсовою пов'язкою до середньої третини стегна. Тривалість іммобілізації 2,5–3 міс. Дозоване навантаження при поперековій площині зламу дозволяють через 4 тижні, при косій – не раніше, ніж через 3 місяці. Працездатність відновлюється через місяць після зняття гіпсової пов'язки.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ГОМІЛКИ ЗІ ЗМІЩЕННЯМ. При ізольованому переломі великогомілкової кістки спостерігають 2 основних типи зміщення: зміщення по довжині при косій площині зламу та зміщення по ширині при поперековій (поперековозубчастій) площині зламу.

В сучасних умовах здебільшого проводять відкриту репозицію, металофіксацію пластинкою та накладання циркулярної гіпсової

пов'язки. Тривалість іммобілізації 2,5–3 міс. Працездатність відновлюється через 3,5–6 місяців. Застосовують також метод закритої репозиції, скелетного витягнення, компресійно-дистракційні апарати.

Подвійні переломи кісток гомілки посідають 1-е місце за частотою серед подвійних переломів довгих трубчастих кісток. Механізм подвійнщх переломів, як правило, прямий. Проміжний фрагмент при подвійних переломах потрапляє у несприятливі умови кровообігу – кровопостачання порушується.

Клініка: типова для переломів кісток гомілки, сильніше виражені ознаки пошкодження м'якиих тканин, кровотеча поздовж діафіза гомілки.

Лікування: при переломах без зміщення здійснююь іммобілізацію циркулярною гіпсовою пов'язкою за колінний суглоб. Тривалість іммобілізації – біля 5 місяців.

При переломах зі зміщенням здебільшого проводять оперативне втручання з металоостеосинтезом.

Термін консолідації подвійних переломів у 2 рази довший терміну зрощення одинарних переломів. Відновлення настає через 7–9 місяців.

ПЕРЕЛОМ МИЩЕЛКІВ (КІСТОЧОК) великогомілкової кістки найчастіше спостерігається в осіб похилого та середнього віку, що пов'язане з інволютивними змінами кісткової тканини. Розрізняють ізольовані переломи мишелків та переломи обох мищелків.

Клініка: переломи мищелків – це внутрішньосуглобові переломи, тому при них спостерігається виражений гемартроз. Пальпація дає різкии біль, активні рухи в суглобі обмежені або неможливі. При пасивних рухах можлива поява патологічної бокової рухливості. Рентгенографія у 2-х проекціях встановлює остаточний діагноз.

Лікування: при вираженому гемартрозі проводять пункцію суглоба, видаляють кров, за показами пункцію ножна повторити. Можливе застосування екстензійного методу та іммобілізаційного. Частіше застосовують іммобілізаційний метод, котрий здійснюють гонітною гіпсовою пов'язкою або гонітною шиною протягом 4-х тижнів, потім проводять лікувальну гімнастику, масаж, водолікування. Лікування переломів зі зміщенням проводять методом закритої репозиції. Накладають гіпсову пов'язку на 6–8 тижнів, дозоване навантаження дозволяють через 2,5–3 місяці, повне – через 4–5 місяців.

Лікування ускладнених переломів, як правило, оперативне. При пошкодженні зв'язкового апарату паралельно із усуненням зміщення мищелків відновлюють цілісність самих зв'язок. При пошкодженні меніска проводять відкриту репозицію перелома та вида-

лення менісків. Вид оперативного доступу визначають характером пошкодження. Іммобілізація після операції в середньому становить 3–5 тижнів. Дозоване навантаження дозволяють через 2,5–3 місяці, відновлення працездатності настає через 5–6 місяців.

Отже, при переломах кісток гомілки, як і при інших видах переломів, слід на догоспітальному етапі провести іммобілізацію підручними засобами, терміново звернутися до чергового травматологічного пункту, де за допомогою рентгенографії діагноз остаточно виставляється та проводиться відповідне лікування. Доцільним є застосування препаратів кальцію, а в реабілітаційному періоді обов'язковими є лікувальна фі зкультура, масаж, водолікування.

Переломи кісток стопи

Складність анатомічної будови стопи зумовлює значні функціональні порушення при її переломах. Тому відновлювальні заходи відіграють вирішальне значення, необхідними є фізіотерапевтичні процедури та використання супінаторів.

ПЕРЕЛОМИ ТАРАННОЇ КІСТКИ. Клінічний перебіг останніх зумовлений особливостями її кровопостачання, який здійснюється за рахунок судин сумково-зв'язкового апарату. Тому переломи таранної кістки із значним зміщення (переломо-вивихи) можуть ускладнюватися асептичним некрозом. Більш, ніж у половини хворих переломи таранної кістки є внутрішньосуглобовими, що може призвести до розвитку деформуючого артрозу, особливо за відсутності анатомічної репозиції.

Розрізняють переломи шийки, тіла та заднього відростка. Переломи можуть бути без зміщення, зі зміщенням та переломо-вивихи.

Клініка: біль в ділянці гомілково-стопного суглоба, помітна деформація таранної кістки. Рухливість в гомілково-стопному суглобі при зміщеннях фрагментів неможлива, рентгенографія обов'язкова в трьох проекціях: пряма, бокова, аксіальна. Доцільна порівняльна рентгенографія обох стоп.

Лікування: при переломах таранної кістки без зміщення показана іммобілізація циркулярною гіпсовою пов'язкою до колінного суглоба, у пов'язку вміщують супінатор. Дозоване навантаження дозволяють через 3 тижні, тривалість іммобілізації – 5–7 тижнів. Працездатність відновлюється через 1,5–2 місяці.

При ізольованому переломі заднього відростка таранної кістки проводять іммобілізацію в положенні плантарної флексії стопи протягом 5-ти тижнів. Проте тривала іммобілізація в еквінусному поло-

женні стопи значно подовжує період відновлення функції гомілково-стопного суглоба, тому деякі автори рекомендують оперативне лікування переломів заднього відростка – його видалення. Працездатність після оперативного лікування відновлюється через 3 тижні, при переломах таранної кістки зі зміщенням проводять закриту одномоментну репозицію: стопі надають положення різкого плантарного згинання, накладають циркулярну гіпсову пов'язку до колінного суглоба. Через 3–4 тижні при зміні гіпсової пов'язки стопу обережно виводять із положення згинання до прямого кута. Пов'язку ретельно моделюють з ділянці зводу, вгіпсовують супінатор. Тривалість імобілізації 2–3 місяці. Дозоване навантаження з додатковою опорою дозволяють після виведення стопи. Після зняття гіпсової пов'язки призначають фізіофункціональне лікування, носіння супінатора, ортопедичного взуття. Працездатність залежно від характеру професійної діяльності відновлюється через 2,5–3,5 місяці.

При переломо-вивихах таранної кістки показане оперативне втручання: співставлення уламків та усунення вивиха. Оперативне втручання має бути виконане в ургентному порядку, так як зволікання з операцією може призвести до некрозу м'яких тканин, травматичного невриту плантарного нерва та тромбозу задньої великогомілкової артерії. Остеосинтез після відкритої репозиції досягають застосуванням шпиць або гвинтів. Після операції накладають циркулярну гіпсову пов'язку до колінного суглоба на 3–4 місяці. Працездатність відновлюється через 4–5 місяців.

При багатоуламкових переломах таранної кістки, коли уламки точно співставити не виявляється можливим і залишається дисконгруєнтність в підтаранному або таранно-човниковому суглобах, показаний артродез цих з'єднань. Показана іммобілізація циркулярною гіпсовою пов'язкою протягом 4-х місяців.

ПЕРЕЛОМИ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ. Найчастіший механізм перелому – падіння на п'ятки з висоти, тому переломи п'яткової кістки бувають часто двосторонніми. Важкість переломів п'яткової кістки визначається ступенем зміщення фрагментів суглобових поверхонь.

До легких пошкоджень належать переломи п'яткової кістки без зміщення уламків і без пошкодження суглобових поверхонь – це крайові переломи п'яткового бугра, переломи відростка, що підтримують таранну кістку.

Переломи п'яткової кістки зі зміщенням уламків, але без пошкодження суглобових поверхонь належать до пошкоджень середньої важкості.

При переломах зі зміщенням уламків та пошкодженням суглобових поверхонь переломи кваліфікують як важкі.

При пошкодженні суглобових поверхонь у хворих розвиваєтсья деформуючий артроз.

Клініка: біль в ділянці п'ятки, набряк, гематома, що поширюється на стопу та на ділянку ахілова сухожилка. Рухливість в гомілковостопному суглобі збережена, проте опорна функція кінцівки порушена, хоча при крайових переломах частково зберігається. Обов'язковим є проведення рентгенологічного дослідження в трьох проекціях.

Лікування: при переломах п'яткової кістки без зміщення уламків та без пошкодження суглобових поверхонь накладають циркулярну гіпсову пов'язку до колінного суглоба. В пов'язку вгіпсовують металевий супінатор. Дозоване навантаження призначають з 6–8 тижня. Гіпс знімають через 6–8 тижнів. Працездатність відновлюється через 2–3 місяці.

В реабілітаційному періоді рекомендують використання супінатора.

При переломах п'яткової кістки зі зміщенням але без пошкодження суглобових поверхонь лікування полягає в одномоментній ручній репозиції під місцевою анестезією з наступною фіксацією циркулярною гіпсовою пов'язкою до колінного суглоба з супінатором місяці до 8–12 тижнів. Дозоване навантаження дозволяють з 6–8-го тижня, працездатність відновлюється через 3–4 місяці. Супінатором необхідно користуватися протягом 6 місяців.

При переломі п'яткової кістки типу "клюв качки" здійснюють закрите співставлення під місцевою анестезією. Тривалість імобілізації 6–8 тижжнів. При даному виді перелома часто настає вторинне зміщення, тому часто проводять відкриту репозицію та металоостеосинтез. Іммобілізація в положенні помірного плантарного згинання протягом 4 тижнів. Працездатність відновлюється через 6 тижнів.

При переломах п'яткової кістки без зміщення але з пошкодженням суглобових поверхонь здійснюють іммобілізацію циркулярною гіпсовою пов'язкою до колінного суглоба з ретельним моделюванням зводу. Пов'язку знімають через 8 тижнів. Дозоване навантаження з супінатором дозволяють з 9-го тижня. Повне – через 12 тижнів. Передчасне навантаження може призвести до вторинного зміщення фрагмента навіть у термін формування кісткового мозолю, що призведе до дисконгруєнтності суглобових поверхонь та розвитку деформуючого артроза. Працездатність відновляється через 3–4 місяці, супінатором потрібно користуватися протягом 1року.

При переломах п'яткової кістки зі зміщенням та пошкодженням суглобових поверхонь показана відкрита репозиція, методом вибору може бути застосування скелетного витягнення. Термін витягнення – 6 тижнів. Не припиняючи витягнення, проводять іммобілізацію циркулярною гіпсового пов'язкою. Дозоване навантаження з супінатором дозволяють через 12–14 тижнів. Працездатність відновлюється через 4–5 місяців.

ПЕРЕЛОМ ЧОВНИКОПОДІБНОЇ КІСТКИ найчастіше настає від прямої травми – падіння важких предметів на тил стопи, часто поєднується з переломом клиновидної кістки. У 77% хворих переломи човникоподібної кістки бувають внутрішньосуглобовими. Бувають також переломи і позасуглобові (переломи бугра, крайові переломи). Внутрішньосуглобові переломи бувають без зміщення, переломо-вивихи та багатоуламкові.

Клініка: Біль в ділянці схилу стопи, помітний набряк, гематома, опорна функція стопи порушена залежно від виду ушкодження. При переломо-вивихах помітно сплощений схил, вип'ячування зміщеного фрагмента, рентгенограму виконують в 3-х проекціях.

Лікування: при позасуглобових крайових переломах показана іммобілізація гіпсовою шиною протягом 3-х тижнів, навантаження дозволяють з супінатором, при відривному переломі бугристості човникоподібної кістки виконують оперативне підшивання фрагмента разом з сухожилком заднього великогомілковою м'яза. Показана іммобілізація циркулярною гіпсовою пов'язкою з моделюванням зводу протягом 4-х тижнів, навантаження з супінатором. Працездатність відновлюється через 6–8 тижнів. Користуватися супінатором необхідно близько півроку.

При внутрішньосуглобовому переломі човникоподібної кістки без зміщення накладають циркулярну гіпсову пов'язку з моделюванням зводу та супінатором на 8 тижнів.

При переломо-вивиху закрита репозиція вдається не завжди, тому краще проводити відкрите співставлення, іммобілізацію циркулярною гіпсовою пов'язкою протягом 8 тижнів. Дозоване навантаження можливе через 8 тижнів, повне – через 10. Супінатором користуються протягом 1 року.

При багатоуламкових розтрощених переломах човникоподібної кістки показане первинне артродезування таранно-човникоподібного, човникоподібно-клиновидного з'єднань. Іммобілізація циркулярною гіпсовою пов'язкою протягом 12 тижнів. Навантаження дозволяють в ортопедичному взутті, користування яким не-

обхідне протягом року після операції. Працездатність відновляється через 12–16 тижнів.

При поєднанні переломів човникоподібної кістки з переломами клиновидних та кубовидної кісток накладають циркулярну гіпсову пов'язку з формуванням зводу стопи металевим супінатором. Дозоване навантаження можливе через 5–6 тижнів.

Гіпс знімають через 8–9 тижнів. Повне навантаження починається через 10–12 тижнів, супінатор необхідно носити протягом року.

ПЕРЕЛОМИ КУБОВИДНОІ ТА КЛИНОВИДНИХ КІСТОК – рідкісні пошкодження, настають в результаті прямої травми, при цьому може настати ізольоване пошкодження кістки або перелом кількох кісток. Можливе поєднання переломів кісток з вивихами плюсни.

Клініка: локальний біль, набряк в ділянці перелому, обмежена рухливість.

Лікування: при переломах кубовидної та клиновидних кісток, які як правило, бувають без суттєвого зміщення, накладають циркулярну пов'язку до колінного суглоба. В пов'язку вгіпсовують супінатор. Дозоване навантаження дозволяють до зменшення вираженого больового синдрому. Тривалість іммобілізації – 4 тижні при ізольованому переломі та 6 тижнів при переломах кількох кісток. Працездатність відновлюється через 6–8 тижнів. Користування супінатором необхідне протягом 1 року.

При переломо-вивихах плюсневих кісток необхідно провести репозицію та усунення вивиха. Накладають циркулярну гіпсову пов'язку до колінного суглоба з моделюванням зводу стопи супінатором. Дозоване навантаження дозволяють через 4 тижні. Пов'язку знімають через 10–12 тижнів. Працездатність відновлюється через 3,5–4 міс. Супінатором необхідно користуватися протягом року.

ПЕРЕЛОМИ ПЛЮСНЕВИХ КІСТОК складають близько 40% переломів кісток стопи. Механізм травми прямий – попадання важких предметів на стопу або падіння з висоти на стопу. Розрізняють ізольовані переломи та переломи кількох плюсневих кісток.Переломи бувають зі зміщенням та без зміщення. Переломи можуть локалізуватися в ділянці основи, діафіза, шийки та голівки. Переломи голівок плюсневих кісток часто поєднуються з переломами основних фаланг пальців.

Клініка. Біль локалізується в ділянці зламаної кістки, виражені набряк, гематома, осьове навантаження різко болюче. Діагноз остаточно виставляється при рентгенологічному дослідженні.

Лікування: при переломах плюсневих кісток без зміщення проводять іммобілізацію циркулярною гіпсовою пов'язкою до колінного суг-

лоба, тривалість іммобілізації при ізольованому переломі однієї плюсневої кістки – 4–6 тижнів, при численних переломах – 6–8 тижнів. В пов'язку вгіпсовують супінатор. Дозоване навантаження дозволяють через 3 тижні. Працездатність відновлюється через 2 тижні після припинення іммобілізації. Користуватися супінатором протягом року.

При переломах зі зміщенням приводять одномоментну ручну репозицію, яку здійснюють під місцевою або провідниковою анестезією витягненням за палець. Якщо консервативне лікування безрезультатне, виконують відкриту репозицію з фіксацією уламків шпицями, проведеними через шкіру. Іммобілізацію здійснюють циркулярною гіпсовою пов'язкою протягом 5–6 тижнів. Дозоване навантаження в пов'язці з супінатором – через 3 тижнії. Працездатність відновлюється через 8–9 тижнів. Супінатор необхідно носити протягом року. Після зняття гіпсової пов'язки проводять фізіо-функціональне лікування.

ПЕРЕЛОМ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ. Виникають при падінні важких предметів на стопу або стисненні пальців. Переломи середніх та нігтьових фаланг, якщо вони не ускладнені пошкодженням м'яких тканин, не призводять до суттєвих функціональних порушень. В той же час переломи основних фаланг пальців, особливо внутрішньосуглобові, можуть призвести до обмеження рухливості в плюснево-фалангових з'єднаннях, що суттєво ускладнює ходьбу та супроводжується больовим синдромам.

Клініка: біль в пальцях, гематома, набряк, підсилення болю при осьовому натисненні на палець. Діагноз підтверджується рентгенологічно.

Лікування: при переломах без зміщення проводять іммобілізацію задньою гіпсовою шиною, тривалість іммобілізації 3–4 тижні, навантаження на стопу не дозволяється. Працездатність відновлюється через 4–6 тижнів. За наявності зміщення проводять закриту репозицію. Тривалість імобілізації 4–6 тижнів. Працездатність відновлюється через 6–8 тижнів.

При переломі кінцевих фаланг пальців можна проводити лікування іммобілізацією гіпсовою або лейкопластирною пов'язкою.

Переломи кісток таза

Ці травми належать до найважчих пошкоджень опорно-рухового апарата.

Найчастішою причиною є автотранспортні травми, удари або стиснення таза.

Залежно від локалізації перелома, ступеня порушення цілісності тазового кільця розрізняють кілька груп пошкоджень кісток таза: 1) крайові переломи кісток таза; 2) переломи тазового кільця без порушення його неперервності; 3) Переломи тазового кільця з порушенням його неперервності; 4) переломи вертлужної впадини.

Найскладнішим є поєднання переломів кісток таза з пошкодженням тазових органів.

Клініка та принципи діагностики. Ознаки пошкодження кісток таза можна поділити на 2 групи: загальні та місцеві. До загальних ознак переломів таза належать симптоми травматичного шоку, пошкодження внутрішніх органів. До місцевих симптомів належать симптоми перелому тієї чи іншої кістки: біль, гематома, набряк, кісткова крепітація при зміщенні уламків та функціональні порушення.

Загальні ознаки переломів кісток таза. Шок при переломах кісток таза спостерігається майже у 30% хворих при ізольованих переломах та майже у 100% при численних та поєднаних травмах.

Причина шоку – масивна кровотеча із пошкоджених м'яких тканин та кісток з пошкодженням або стисненням нервів. В зв'язку з хорошим кровопостачанням при ізольованих пошкодженнях крововтрати становлять близько 1 літра. Інша причина – порушення зсідання крові.

Клініка: пошкодження внутрішніх органів зумовлені багатьма причинами. Для встановлення діагнозу зволікання недопусиме: необхідно використовувати ляпароцентез, ляпароскопію, а у сумнівних випадках – ляпаротомію.

Особливе місце займають симптоми пошкодження сечовивідних шляхів, що необхідно з'ясувати під час огляду. Пошкодження сечовивідного каналу характеризується такими симптомами: кровотеча з уретри, затримка сечі та гематома в ділянці промежини.

При позаочеревинному пошкодженні сечового міхура відмічають біль над лонним з'єднанням. Порушення сечовиділення можуть бути різними: неможливість самостійного сечовиділення, сечовиділення малими порціями, часті хибні позиви, що закінчуються виділенням невеликої кількості крові або суміші крові з сечею.

Гематурія є основною ознакою пошкодження сечових шляхів. При позаочеревинних розривах сечового міхура потерпілі відмічають біль внизу живота, яка надалі набуває розлитого характеру. Розлади сечовиділення можуть бути у вигляді частих позивів. Інколи виділяється невелика кількість кривавої сечі або крові.

За підозри на пошкодження сечового міхура, якщо хворий самостійно не в змозі помочитися, необхідно провести катетеризацію сечового міхура. У таких випадках хворі підлягають негайній госпіталізації до профільного відділення або відділення політравми,де потерпілому проводять комплексну діагностику та лікування, що включає протишокові заходи, заміщення крововтрат, іммобілізацію перелома і за потреби – оперативне втручання.

КРАЙОВІ ПРЕЛОМИ КІСТОК ТАЗА. До крайових переломів кісток таза належать переломи куприка, крижа дистальніше крижево-здухвинного з'єднання, переломи крила здухвинної кістки та апофізів (передньо-верхня та передньо-нижня осі таза, сідничний бугор).

Перелом куприка: настає від прямого удару або падіння на сідниці.

Клініка: біль в ділянці куприка, що підсилюється при пальпації, ходьбі, дефекації. Інколи місцево визначається набряк або гематома. Біль підсилюється при ректальному обстеженні. Рентгенологічно не завжди вдається підтвердити діагноз, тому основними є клінічні прояви.

Лікування: при переломах куприка необхідним є знеболення та створення щадливих умов протягом кількох днів. В цей період сидіти не рекомендується, необхідно лежати на жорсткому, доцільним є проведення фізіотерапевтичних процедур.

При переломах зі зміщенням в порожнину малого таза, які порушують фізіологічні функції, або вираженому больовому синдромі використовують метод оперативного втручання, що полягає у видаленні фрагмента куприка. Працездатність відновлюється 2–4 тижні.

Переломи крижа нижче крижево-здухвинного з'єднання виникають від прямої травми або стиснення.

Клініка: скарги на болі в ділянці пошкодження різної інтенсивності, набряк, гематома, рухливість обмежена, ходьба порушена. Інколи буває порушення нервових корінців і тоді біль іррадіює в нижні кінцівки та сідниці. Обов'язковою є рентгенограма у 2-х проекціях.

Лікування полягає у знеболенні місця перелома. Постільний режим протягом 2–3 тижнів. Сидіти хворому дозволяється через 1–2 місяці після травми. Працездатність відновлюється через 6–8 тижнів.

ПЕРЕЛОМИ АПОФІЗІВ КІСТОК ТАЗА. Часто настають від непрямого механізму – надмірного м'язового напруження, що характерне для молодих осіб, що займаються спортом. В основі цих переломів можуть лежати дегенеративно-дистрофічні процеси в апофізах. Рідше відбувається перелом від безпосереднього удару.

Клініка: біль в ділянці апофіза, набряк, гематома, ускладнення ходьби.

Лікування: знеболення, постільний режим протягом 2–4 тижнів. Особам, що займаються спортом, тренування відмінити до півроку. Покази до оперативного лікування виникають вкрай рідко – при значному зміщенні уламків, больовому синдромі та порушенні функції.

ПЕРЕЛОМИ КРИЛА ЗДУХВИННОЇ КІСТКИ. Зустрічаються частіше і виникають від безпосередньої травми або стиснення.

Клініка: біль в ділянці перелома, гематома, згладженість контурів таза на стороні перелома. Біль підсилюється при рухах, особливо при напруженні косих м'язів живота та сідничних м'язів.

Лікування: при переломах крила здухвинної кістки рекомендується знеболення та постільний режим 3–4 тижні. Рекомендується ортопедична укладка. Як і при інших переломах необхідним є збалансована дієта та застосування препаратів кальцію. Працездатність відновлюється через 5–6 тижнів.

ПЕРЕЛОМИ ТАЗОВОГО КІЛЬЦЯ БЕЗ ПОРУШЕННЯ НЕПЕРЕРВНОСТІ. Такі переломи можуть бути як ізольовані переломи лобкової, сідничної кістки, переломи горизонтальних гілок обох лобкових або сідничних кісток або одночасні переломоми сідничної кістки та горизонтальної гілки лонної кістки на протилежних сторонах. Механізм травми як прямий, так і непрямий.

Клініка: біль в ділянці перелома, що підсилюється при рухах кінцівки та в лежачому положенні. Рентгенограма обов'язкова.

Лікування: знеболення, вітамінотерапія та постільний режим 3–4 тижні, дозоване навантаження дозволяють через 6–7 тижнів.

ПЕРЕЛОМИ ТАЗОВОГО КІЛЬЦЯ З ПОРУШЕННЯМ ЙОГО НЕПЕРЕРВНОСТІ. Переломи тазового кільця з порушенням його неперервності в передньому відділі.

До цієї групи переломів належать одно- та двосторонні переломи лобкових та сідничних кісток. Вони супроводжуються порушенням механічної міцності тазового кільця і при навантаженні можливе зміщення на рівні перелома за рахунок рухливості в сіднично-здухвинних з'єднаннях. Тому навантаження на кінцівки може бути дозволене лише через 6–8 тижнів. Механізм травми – стиснення таза, падіння з висоти або безпосередній удар.

Клініка: біль в ділянці перелома, підсилення останнього при спробі рухати кінцівкою. Набряк в ділянці перелома спостерігається в перші години після травми, через 2–3 дні з'являється крововилив

у тканини. Положення хворого вимушене. Діагноз уточнюється при рентгенологічному обстеженні.

Лікування полягає у знеболенні та забезпеченні іммобілізації. Тривалість постільного режиму 6–7 тижнів з наступним переходом на дозоване навантаження. Повне навантаження можливе лише з 8-го тижня. Працездатність відновлюється через 10–12 тижнів.

Переломи тазового кільця з порушенням його неперервності в задньому відділі. Ці пошкодження зустрічаються не так часто, як попередні і бувають у вигляді вертикального перелома кряжа або здухвинної кістки і супроводжуються вираженим больовим синдромом та суттєвою крововтратою, викликаючи порушення загального стану хворого. Механізм травми найчастіше полягає у стисненні таза в передньо-задньому напрямку.

Клініка: загальний стан хворого важкий, у більшості хворих діагностується шок. Спостерігається біль в задньому відділі таза, порушення функції опори, положення хворого пасивне. Можливі позитивні симптоми подразнення очеревини, зумовлені позаочеревинною гематомою. Діагноз уточнюють рентгенологічно.

Лікування: знеболення та постільний режим протягом 10-ти тижнів, затим ходьба на милицях, а повне навантаження дозволяють через 12–14 тижнів. Працездатність відновлюється через 14–16 тижнів.

Переломи тазового кільця з порушенням його неперервності в передньому та задньому відділах – переломо-вивихи таза. Це найважчі переломи таза: у всіх хворих супроводжуються шоком, викликаним больовий синдромом та масивною крововтратою, часто поєднуються з пошкодженням внутрішніх органів або кінцівок. Травми найчастіше настають внаслідок стиснення таза, рідше при падінні з висоти.

Клініка: на перший план виступають ознаки важкого загального стану хворого. Положення потерпілого пасивне – кінціки зігнуті в кульшових суглобах, спостерігається ротація назовні на стороні ушкодження. Рухи каінцівки на стороні пошкодження різко обмежені та болючі. При зміщенні половина таза асиметрична, швидко з'являється набряк та гематома в місцях перелома. Діагноз підтверджують рентгенологічно. Можливі кілька пошкоджень переднього та заднього відділів таза з порушенням неперервності: вертикальний перелом переднього та заднього відділів таза, перелом лобкової та сідничної кістки та вертикальний перелом кряжа, вертикальні переломи в передньому та задньому відділах на протилежних сторонах – діагональні переломи, розриви лонного та кряжево-здухвинних з'єднань.

Лікування: при вертикальних переломах без зміщення використовують метод постійного скелетного витягнення невеликими тягарцями протягом 8-ми тижнів в середньо-фізіологічному положенні кінцівок. Дозоване навантаження на кінцівку з боку пошкодження дозволяють через 10 тижнів, повне – через 3–4 місяці. Працездатність відновлюється через 5–6 місяців за відсутності супутньої патології.

При вертикальних переломах зі зміщенням репозицію перелома проводять з використанням скелетного витягнення як з травмованої сторони, так і з протилежної з метою попередження перекосу таза. При зміщенні половини таза з розходженням уламків по ширині спочатку усувається зміщення по довжині витягненням по осі кінцівки, а затим половини таза наближаються за допомогою гамака. Дозоване навантаження на кінцівку зі сторони зміщення дозволяють через 10–12 тижнів, повне – через 3,5–5 місяців, залежно від ступеня зміщення, досягнутої репозиції, вираженості репаративних змін, маси потерпілого. Термін непрацездатності різний, здебільшого хворі виходять на інвалідність.

ПЕРЕЛОМИ ВЕРТЛУЖНОЇ ВПАДИНИ. Ці переломи є внутрішньосуглобовими ушкодженнями. Можуть бути у вигляді ізольованих переломів тіла здухвинної кістки, що проникають через вертлужну впадину; черезвертлужних переломів таза з кутовим зміщенням, переломів дна вертлужної впадини зі зміщенням голівки стегна в порожнину таза (центральний вивих стегна); переломів верхньо-заднього краю зі зміщенням голівки (вивих) стегна. Механізм травми: падіння на ділянку великих вертелів, стиснення таза у фронтальній площині або лобовий удар при автопригоді.

Клініка: скарги на біль у кульшовому суглобі. При переломах без зміщення можливі активні та пасивні рухи у суглобі, що призводить до підсилення болю. При переломах зі зміщенням активні рухи обмежені, часто нога перебуває у невигідному положенні: згинання та зовнішня ротація при черезвертлужному переломі таза. При переломах зі зміщенням голівки стегна порушуються контури кульшового суглоба. Характер ушкодження уточнюється рентгенографічно у 2-х проекціях.

Лікування: при ізольованих переломах тіла здухвинної кістки, що проникають у вертлужну впадину, використовують метод скелетного витягнення у середньо-фізіологічному положенні кінцівки протягом 4-х тижнів. Рухливість у суглобі починається після стихання гострого больового синдрому (через 5–7 днів). Дозоване навантаження дозволяють через 4–5 тижнів, повне – через 8–10 тижнів. Працездатність відновлюється через 10 –12 тижнів .

При переломах дна вертлужної впадини без зміщення голівки накладають систему постійного скелетного витягнення на 4 тижні, лікувальну гімнастику починають з 3–4-го дня, дозоване навантаження можливе через 8 тижнів після травми, повне – через 12–14 тижнів. Працездатність відновлюється через 4–5 місяців.

При переломах дна вертлужної впадини зі зміщенням голівки в порожнину таза репозицію досягають застосуванням системи скелетного витягнення, використовуючи вантаж до 4-х кілограмів. Тривалість витягнення в середньому 8 тижнів. Рухливість в суглобі дозволяють відновити через 1–2 тижні після досягнення репозиції. Дозоване навантаження на кінцівку можливе через 2,5–3 місяці, повне – через 4–6 місяців. Працездатність відновлюється через 5–7 місяців.

Отже, в кожному окремому випадку підхід до тактики лікування має бути індивідуальним і визначатися загальним станом хворого, характером зміщення, наявністю супутньої патології.

Пошкодження хребта

ЗАБИТТЯ ХРЕБТА відбуваються за безпосерднього прикладання сили. Залежно від величини травмуючої сили пошкодження може обмежитися м'якими тканинами або супроводжуватись струсом спинного мозку.

Клініка: біль в ділянці забиття, місцевий набряк, біль при пальпації, обмеження рухливості в ділянці травми.

Лікування: знеболення у місці забиття, застосування холоду, дотримання щадливого режиму в амбулаторних умовах. Тривалість непрацездатності до 10–12 днів.

РОЗТЯГНЕННЯ (ДИСТОРЗІЯ) ХРЕБТА. Спостергігається у шийному та поперековому відділах, які мають найбільшу амплітуду руху. Причина дисторзії – форсування рухливості тулуба у різних напрямках в поєднанні з ротацією.

Клініка: больовий синдром, обмеження активних та пасивних рухів, зумовлених болем, вимушене положення. Обов'язкова рентгенографія у 2-х проекціях для виключення перелома.

Лікування: в найболючіше місце вводять розчин анестетика (новокаїн, лідокаїн). При рецидиві больового синдрому введення анестетика повторюється. Ортопедичне лікування полягає у дотриманні постільного режиму на ліжку зі щитом при пошкодженні поперекового відділу. При дисторзії у шийному відділі здійснюють ім-

мобілізацію комірцем Шанца або стандартною шиною. З 2-го тижня застосовують фізіотерапевтичні процедури, масаж, лікувальну гімнастику. Працездатність відновлюється через 3–4 тижні.

РОРЗРИВ ЗВ'ЯЗОК ХРЕБТА. Як ізольовані пошкодження зустрічаються вкрай рідко. Частіше спостерігається при вивихах та переломо-вивихах.

Механізм травми – надмірні форсовані рухи в сторону згинання та розгинання. При згинанні настає напруження та розрив над- та міжостних зв'язок. При розгинанні міжостна зв'язка стискається між остистими відростками.

Клініка: мають місце всі ознаки дисторзії. У місці розриву зв'язки визначається набряк, гематома. Пальпаторно визначається розширення проміжку між остистими відростками. Діагноз уточнюється проведенням лігаментоспондилографії, УЗД.

Методика лігаментоспондилографії: біля остистого відростка вводять розчин водорозчиного рентгенконтрастного препарату в рівній пропорції з 1% розчином новокаїну загальним об'ємом 15–20 мл.

При пошкодженій міжостній зв'язці рентгенконтрастна речовина залишається лише на стороні введення, а при розриві зв'язок контраст проникає на протилежну сторону від лінії остистих відростків.

Лікування: проводять анестезію місця ушкодження за допомогою анестетика. Хворого кладуть на жорстку постіль(зі щитом). Тривалість постільного режиму 4–6 тижнів. В реабілітаційному періоді обов'язковими є лікувальна фізкультура, плавання. Працездатність відновлюється через 8–10 тижнів.

Переломи хребців

ПЕРЕЛОМИ ОСТИСТИХ ВІДРОСТКІВ. Ізольовані переломи зустрічаються дуже рідко і виникають внаслідок прямої травми.

Клініка: локальний біль в ділянці перелома, гематома, набряк. При пальпації – кісткова крепітація. Рентгенограма у 2-х проекціях уточнює рівень пошкодження та характер зміщення.

Лікування: при локалізації перелома у грудному та поперековому відділах хребта основним є анестезія місця перелома та дотримання постільного режиму протягом 4-х тижнів. При переломах остистих відростків у шийному та верхньо-грудному відділах здійснюють іммобілізацію торакально-краніальною пов'язкою протягом 4–5 тижнів, проводять реабілітаційну терапію: масаж, лікувальну гімнастику. Працездатність відновлюється через 6 тижнів.

ПЕРЕЛОМИ ПОПЕРЕКОВИХ ВІДРОСТКІВ найчастіше виникають у поперековому відділі хребта і мають відривний характер внаслідок скорочення м'язів. Рідше можуть бути результатом прямої травми.

Клініка: відмічається біль в поперековому відділі, скутість, рефлекторне напруження м'язів, в лежачому положенні хворому важко підняти випрямлену ногу. Рентгенограма підтверджує діагноз перелома.

Лікування: в місце перелома вводять розчин анестетика.При рецидиві больового синдрому рекомендується його повторне введення. Постільний режим на ортопедичному ліжку протягом 2-х тижнів при ізольованих переломах та 4 тижні при численних. Працездатність відновлюється через 3–6 тижнів.

ПЕРЕЛОМИ ДУГ найчастіше спостерігаються в поєднанні з переломами інших відділів хребців. Ізольовані переломи характерні при ударах ззаду, падінні з висоти, переломи можуть бути одно- або двосторонніми.

Клініка: больовий синдром виражений, часто спостерігаються неврологічні симптоми, вимушене положення тіла, обмеження активних рухів. Характер та локалізація пошкоджень уточнюється на рентгенограмі.

Лікування: за відсутності неврологічних порушень застосовують постільний режим з фіксацією торакально-краніальною пов'язкою до 4-х тижнів. Далі рекомендують комірець Шанца протягом 6–8 тижнів. Працездатність відновлюється через 10–14 тижнів.

При переломах дуг, ускладнених стисненням спинного мозку зміщеними фрагментами, необхідне термінове оперативне втручання.

ПЕРЕЛОМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ можуть виникати при стисненні їх по подовжній осі хребта(компресійний механізм травми) або стисненні тіл хребців при згинанні (згинальний механізм травми або згинально-обертовий). При компресійному механізмі травми відбувається розрив фіброзного кільця диска та випадання пульпозного ядра. Якщо ядро зміщується в сторону спинномозкового канала або корінців – з'являється неврологічна симптоматика.

Розрізняють стабільні та нестабільні переломи тіл хребців. До нестабільних належать переломи тіл хребців в поєднанні з переломами дуг або пошкодженням заднього комплексу зв'язкового апарату. Якщо при переломі тіл хребців неврологічних порушень немає – переломи неускладнені, за наявності неврологічних порушень –

ускладнені. Неврологічні порушення бувають у вигляді струсу, забиття, гематомієлії та стиснення.

"ВИБУХОВІ" КОМПРЕСІЙНІ ПЕРЕЛОМИ спостерігаються при переломі замикаючої пластинки тіла хребця та проникненні пульпозного ядра у тіло, руйнуючи його, перелом має уламковий характер. Механізм травми – падіння на голову, сідниці, ноги, падіння вантажу на голову або плечі.

Клініка: біль в ділянці пошкодження, скутість , обмеження активних рухів, вип'ячування остистого відростка зламаного хребця. Характер ураження виясняється при рентгенологічному дослідженні. Типовим рентгенологічним проявом "вибухового" перелома є зниження висоти тіла хребця, фрагментація тіла, збільшення ширини хребця, порушення замикаючих пластин, зниження висоти міжхребцевого проміжку.

Лікування: вибір методу лікування "вибухового" перелома слід проводити з урахуванням ушкодження пульпозного ядра ураженого диска. Тому зрощення уламків відбуваєтсья повільно. Консервативні методи лікування полягають у дотриманні постільного режиму протягом 5–6 місяців, а далі – реабілітаційне лікування. Хворі з такими травмами здебільшого підлягають встановленню групи інвалідності. В деяких випадках рекомендують оперативне втручання – передній спондилодез.

КОМПРЕСІЙНІ ПЕРЕЛОМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ настають внаслідок згинального механізму травми. При надмірному згинанні хребта може виникнути розрив над- та міжостної зв'язки.

Клініка: біль в ділянці перелома, поява кіфозу та вип'ячування остистого відростка, біль при його стисканні. Застосування прийому осьового тиску на хребет для визначення локалізації пошкодження недопустиме, так як може призвести до вторинного зміщення при нестабільному характері пошкодження. Ознаки пошкодження зв'язкового апарата: набряк та гематома в ділянці остистих відростків, збільшення відстані між остистими відростками. Рентгенограма у 2-х проекціях уточнює рівень та поширення перелома.

Лікування: застосовують консервативні та оперативні методи. Серед консервативних методів лікування виділяють функціональний та іммобілізаційний.

Функціональний: хворого кладуть на жорстку постіль та з перших днів починають заняття лікувальною фізкультурою. Основна мета – створення м'язового корсету.Сидіти хворому дозволяється

лише в кінці 3–4-го місяця.Термін непрацездатності при легкій праці триває 6 місяців, при важкій – до 1 року.

Використовують також іммобілізаційний метод, який ефективний в поєднанні з лікувальною фізкультурою. Термін непрацездатності – 5–6 місяців.

Оперативні методи лікування полягають у задньому спондилодезі в реклінованому положенні.Оперативні методи необхідні при пошкодженні зв'язкового апарата, оскільки дають можливість відновити його або провести пластичне відновлення.

УСКЛАДНЕНІ ПЕРЕЛОМИ ХРЕБЦІВ. Ці ушкодження найчастіше спостерігаються при переломо-вивихах, при яких ушкоджуються тіла хребців, диски, дуги з відростками, зв'язки. Неврологічні симптоми бувають у вигляді струсу, забиття, гематомієлії, стиснення або анатомічного розриву спинного мозку. В гострому періоді травми спостерігається картина спінального шоку.

Калініка спінального шоку: в'ялий параліч м'язів ниждче рівня ушкодження, випадання всіх видів глибокої та поверхневої чутливості за провідниковим типом. При менш грубому пошкодженні спинного мозку спостерігається синдром часткового порушення провідності, при якому порушення можуть бути як симетричні, так і асиметричні.

Клініка струсу спинного мозку: проявляється синдромом повного або часткового порушення провідності. Тривалість патологічних явищ – від кількох хвилин до кількох (3–5) днів.

Клініка забиття спинного мозку: поєднує в собі зворотні та незворотні зміни, зумовлені функціональними та морфологічними порушеннями. Відновлення порушених функцій відбувається завдяки регресу спінального шоку та компенсації порушених функцій. Термін відновлення – 3–8 місяців, залежно від важкості травми.

Клініка стиснення спинного мозку: може з'явитися в момент травми або у віддалений період. У віддаленому періоді стиснення зумовлене рубцюванням або кістковим мозолем. Стиснення може настати в задньому або передньому відділі, буває повним або частковим.

Клініка гематомієлії. Гематомієлія – це крововилив у сіру речовину спинного мозку, який частіше спостерігається у шийному або поперековому потовщеннях. Клінічно проявляється синдромом повного або часткового порушення провідності, а також поєднанням сегментаних та провідникових розладів.

Лікування ускладнених переломів хребців поєднує заходи загального та місцевого терапевтичного впливу. Заходи загального

характеру направлені на боротьбу з шоком та забезпеченням життєво важливих функцій. Заходи місцевого характеру направлені на усунення деформації хребта. Хворого госпіталізують до відділення нейрохірургії та проводять комплексне консервативне або оперативне лікування. Оперативне лікування показане при втисненні у канал хребта кісткових уламків, диска, при наростанні неврологічної симптоматики. Оперативне лікування закінчується стабілізацією хребта шляхом застосування переднього або заднього спондилодезу з ауто- або аллотрансплантантами та металевими фіксаторами. Протипоказом до операції може бути важкий стан хворого та наявність інфекційного процесу в зоні оперативного доступу. В таких випадках усувають деформацію хребта консервативним шляхом.

Лікування порушень функії сечового міхура: залежно від рівня ушкодження спинного мозку можливі 2 види порушень фукції сечового міхура: коли пошкодження спинного мозку розміщене вище спінальних центрів регуляції сечовиділення, порушення проходить за провідниковим типом – розвивається стійка затримка сечі, що змінюється нетриманням. При ушкодженні спінальних центрів настає параліч сфінктера сечового міхура і сеча виділяється краплями по мірі її надходження до сечового міхура.

При ураженні конуса спинного мозку, в якому знаходятьтся парасимпатичні центри сечовиділення, розвиваєтсья парадоксальна ішурія.

Найчастішою формою порушення сечовиділення при травмах спинного мозку є затримка сечі. Для відведення сечі застосовують катетеризацію сечового міхура, епіцистостомію, дренування за методом Монро.

Лікування розладів прямої кишки: пошкодження спинного мозку вище рівня спінальних нервів (III–V поперековий та I–III крижовий сегменти) призводить до спастичного параліча сфінктера прямої кишки, що викликає закреп. Ця обставина потребує застосування послаблюючих препаратів. При пошкодженні центрів виникає в'ялий параліч сфінктерів з нетрманням кала. Такий стан може супроводжуватися нервово-дистрофічними порушеннями з розвитком вирзкових процесів та тромбофлебітів.

Отже, травми хребта є найнебезпечнішими у функціональному відношенні, потребують тривалого лікування, а інколи призводять до інвалідності. Тому запобігти їм може, насамперед, дотримання правил техніки безпеки при фізичній роботі, спортивних змаганнях.

На перебіг реабілітаційного процесу впливає своєчасне виявлення пошкодження та комплекс лікувальних заходів.

Контрактура Дюпюїтрена

Це хронічне рецидивуюче захворювання сполучної тканини з переважним ураженням долонного апоневроза кисті та розвитком згинальної контрактури пальців. Хворіють частіше чоловіки віком старші 40 років. Серед етіологічних факторів значну роль відіграють спадкові особливості сполучної тканини. До провокуючих факторів належать мікротравми, цукровий діабет, остеохондроз тощо. При контрактурі Дюпюїтрена долонний апоневроз поступово перетворюється у щільні вузлуваті тяжі. При подальшому розвитку захворювання в процес залучаютсья шкіра та зв'язки суглобів. Найчастіше патологічний процес охоплює долонний апоневроз кисті. Проте існують ураження тильної поверхні капсули міжфалангових суглобів кисті, підошвенного апоневроза. За ступенем ураження контрактура Дюпюїтрена поділяється на 3 стадії: I – початкова, характеризується появою вузликів та тяжів в долонному апоневрозі без кентрактури пальців. II – контрактура пальців та ураження шкіри. III – різко виражена контрактура.

В деяких випадках розвиток патологічного процесу може припинитися у першій та другій стадії захворювання, проте не виключаються рецидиви. Частіше уражається права кисть на рівні III, IV та V пальців, рідше спостерігається двохстороння локалізація. Захворювання розвиваєтсья повільно та непомітно появою на долонній поверхні в ділянці поперекової складки невеликого безболісного вузлика у вигляді горошинки (перша стадія). При подальшому розвитку патологічного процесу вузлик збульшуєтсья і від нього утворюються тверді тяжі, що доходять до рівня п'ястно-фалангових суглобів (друга стадія). При прогресуванні захворювання значно деформуєтся та ущівльнюється апоневроз з обмеженням рухів у міжфалангових з'єднаннях аж до розвитку контрактури (третя стадія). Диференційну діагностику слід проводити з травматичними та ішемічними контрактурами.

Лікування: в початковій стадії амбулаторне – хворим призначають ін'єкції лідази (до 20-ти на курс лікування підшкірно локально у змінені тканини долоні), електрофорез з гідрокортизоном, лідазою, парафінові та озокеритові аплікаці, лікувальну фізкультуру. Дане лікування направлене на стабілізацію процесу та припинення

його подальшого розвитку. В стадії контрактури застосовують оперативне лікування – висічення зміненого долонного апоневроза. Операцію доцільно доповнювати перед- та післяопераційним реабілітаційним лікуванням, що полягає у введенні лідази, призначенні фізіотерапевтичних процедур, ЛФК. Комплексне лікування дозволяє уникнути рецидивів захворювання.

Профілактика полягає у запобіганні травм долонь. Важливе значення має профогляд, особливо працівників робітничих спеціальностей, що дозволяє виявити завхворювання на ранніх стадіях.

П'яткова шпора

Це екзостоз п'яткової кістки, що виникає частіше всього у місці прикріплення довгої підошвенної зв'язки, рідше – біля місця прикріплення ахілового сухожилка. Причиною захворювання найчастіше є плоскостопість, хронічна травма або вірусні захворювання. У 20% хворих інколи визначаєтсья двостороння п'яткова шпора. Шпора п'яткової кістки тривлий час може мати безсимптомний перебіг. Хворі скаржаться на швидку втомлюваність при ходьбі, гострий біль в ділянці п'яти, що викликає кульгавість та ускладнення при пересуванні. При пальпації з боку підошви виникає біль. Діагноз підтверджуєтсья при рентгенографії стопи у 2-х проекціях.

Лікування консервативне, проводиться в амбулаторних умовах, хворим призначають УВЧ, фонофорез з мазями, парафінові та озокеритові аплікації, полівітаміни з кальцієм, препарати, що містять хондроїтин та глюкозамін, інколи рентгентерапія.

За неефективності консервативного лікуавння показана остеотомія п'яткової кістки з видаленням екзостоза.

Сколіоз

Сколіоз – стійке бокове викривлення хребта з ротацією останнього (на відміну від функціонального викривлення при порушенні постави). Викривлення хребта може супроводжуватися деформацією грудної клітки та утворенням реберного горба. Сколіози поділяють на вроджені та набуті. Для тих та інших характерні загальні ознаки: стійке відхилення хребта вправо або вліво, асиметричне розмі-

щення плечей, лопаток, зсув тулуба в ту чи іншу сторону по відношенню до таза, асиметрична форма трикутника талії.

Прийнято розрізняти 5 груп сколіозів. I – сколіози міопатичного походження. II – сколіози неврогенні. III – на фоні аномалії розвитку хребців та ребер. IV – обумовлені захворюваннями грудної клітки. V – сколіози ідіопатичні.

За важкістю деформації розрізняють 4 ступеня:

I–невелике відхилення хребта та початкова ступінь торсії.

II – помітне відхилення хребта у фронтальній площині, виражена торсія,наявність компенсаторних дуг. Кут первинної дуги викривлення в межах 21–30°, реберний горб. Ренгенологічно проявляється деформація тіл хребців на вершині викривлення.

III – більш виражена деформація, невеликий реберний горб, різка деформація грудної клітки. Кут первинної дуги від 40° до 60°.Рентгенологічно видно клиновидні хребці на вершині викривлення.

IV – важке спотворення тулуба, кіфосколіоз, деформація таза, відхилення тулуба, стійка деформація грудної клітки, задній та передній горб. Рентгенологічно визначається виражена клиновидна деформація тіл хребців, деформуючий спондилоартроз в грудному та поперековому відділах хребта, звапнення зв'язкового апарата. Кут основного викривлення досягає 61–90°.

Лікування: провідним фактором усунення викривлення хребта є лікувальна гімнастика, масаж, коригуючі корсети та загальнозміцнюючє лікування. За неефективності консервативного лікування – хірургічне втручання: корекція деформації з наступною фіксацією хребта при III–IV ступенях викривлення. Оперативне лікування рекомендується не раніше 8-ми річного віку.

Санаторно-курортне лікування, що включає численні водні процедури, плавання, ефективне як при консервативній схемі лікуваня, так і в реабілітаційному післяопераційному періоді.

Плоска стопа

Синоніми: pes planus, pes plano-valgus.

Ця деформація стопи полягає в опущенні поздовжнього або поперекового зводу стопи.

Причиною плоскостопості слугує підвищена маса тіла (ожиріння), тривале перебуваня на ногах, важка фізична праця (вантажни-

ки, ковалі), слабкість мускулатури, нераціолнальне взуття (високий або дуже низький каблук, вузький носок).

Симптоми: опущення зводу стопи, інколи вкорочення ахілова сухожилка, наявність вальгусної деформації. Передній відділ стопи різко відведений, медіальна кісточка різко виступає під шкірою. З часом стопа втрачає рухливість в суглобах, в них розвиваються артрозні зміни, з'являється біль, порушення функції. Стопа в середній частині розширена. Хода порушується, пасивна супінація та стрибки викликають біль.

Рентгенологічно при важких формах плоскостопості видно не тільки сплощення кісткових зводів, опущення голівки Ш плюсневої кістки, але й вертикальне розміщення таранної кістки, інколи вона зростається з п'ятковою. В суглобах стопи – артрозні зміни.

Лікування: необхідно починати в ранньому дитинстві, обов'язковим є використання супінаторів, ЛФК, масаж стоп, коригуючі гіпсові пов'язки. При важких формах в дорослому віці застосовують хірургічне втручання – відновлення зводу стопи з наступним застосуванням ортопедичного взуття або супінаторів.

При ранньому лікуванні прогноз сприятливий.

Деформація та відхилення I-го пальця стопи назовні (Hallux valqus)

Ця деформація може спостерігатися як при плоскостопості, так і ізольовано. Причиною виникнення може бути вузьке взуття з високими підборами, підвищена маса тіла, захворювання суглобів стопи ревматоїдного або подагричного характеру тощо.

Симптоми: біль в ділянці голівки I плюсневої кістки, часті бурсити I-го плюснево-фалангового з'єднання. Великий палець відхилений у боковому напрямку, у важких випадках – його розміщення під II-м пальцем, що часто призводить до вростання нігтя на I пальці стопи.

На рентгенограмі – підвивих у I-му плюсне-фаланговому суглобі, у важчих випадках– дефоромація та екзостоз голівки I плюсневої кістки.

Лікування: в початкових стадіях, коли болі помірні, деформація невелика, подальше прогресування можна призупинити раціональним підбором взуття з широким носком, каблуком не вище 3–5 сантиметрів, масажем, ЛФК. У важких випадках – хірургічне втру-

чання: коригуюча остеотомія в ділянці голівки I плюсневої кістки, видалення екзостозу, формування зводу стопи.

Прогноз: для життя сприятливий.

Тендовагініт

Найчастіше зустрічаються тендовагініти згиначів передпліччя, великогомілкового та малогомілкового м'язів. Хворі скаржаться на постійний біль в ділянці передпліччя, гомілки, що підсилюється при фізичному навантаженні. При огляді та пальпації відмічається незначний набряк, крепітація, типова для тендовагінітів. Причиною цього захворювання є фізична праця з навантаженням на кисті та передпліччя. Рецидиви захворювання спостерігаються у 6–20% . Виникнення захворювання на гомілці може бути зумовлене плоскостопістю, при якій значно перенапружується передній великогомілковий м'яз, попереджаючи вальгусне відхилення стопи. У спортсменів, артистів балету, друкарок, піаністів тендовагініт виникає внаслідок тривалих тренувань та перевтом. В рідких випадках спостерігається постінфекційний тендовагініт.

Лікування: полягає у створенні щадливих умов для ураженої кінцівки. При легких формах захворювання рекомендується накладання гіпсової шини на 8–10 днів, призначення анальгетиків. Призначають фізіотерапевтичні методи: УВЧ, електофорез з лідазою, новокаїном, місцево – компреси, аплікації озокеритові, гель диклак, диклофенак, троксевазин. Доцільним є загальнозміцнююча терапія – полівітаміни з кальцієм.

За неефективності консервативного лікування та тривалому перебігу застосовують оперативне втручання, яке полягає у висіченні сухожилкової піхви та пошаровому закритті післяопераційної рани.

Стопу та гомілку фіксують гіпсовою шиною на 2 тижні. Після оперативного втручання функція відновлюється повністю.

Отже, запобігти тендовагініту може раціональний режим праці та відпочинку, дозування навантаження на кисть та стопу, раціональний підбір взуття, лікувальна фізкультура, плавання, що зміцнюють опорно-руховий апарат.

IV. Реабілітація та догляд за хірургічними хворими

Санаторно-курортна реабілітація хірургічних хворих

В системі реабілітаційних заходів, направлених на відновлення здоров'я хворих та повернення їх до праці та суспільного життя, важливе місце посідає санаторно-курортне лікування.

Ефективність оздоровчих заходів на курортах багато в чому залежить від правильного відбору хворих для лікування.

Медичний відбір для санаторно-курортного лікування здійснює лікар разом із завідувачем відділення та головним лікарем (заступником головного лікаря) у процесі диспансеризації та спостереження за хворим. Направляючи хворого до санаторію, слід пам'ятати про те, що санаторно-курортне лікування має продовжити, розширити, поглибити та закріпити досягнутий ефект у стаціонарі та поліклініці. За наявності медичних показань хворому видається на руки довідка (форма 070-у), в якій засвідчується діагноз, рекомендовані санаторії та пора року, термін дії довідки – 6 місяців. Вона подається до місцевого комітету за місцем роботи хворого та є підставою для видачі хворому путівки.

При одержанні путівки хворий зобов'язаний не раніше, ніж за 2 місяці та не пізніше, ніж за 20 днів до початку санаторно-курортного лікування, з'явитися до лікаря для заповнення санаторно-курортної карти встановленого зразка (форма 072-у), котра підписується лікуючим лікарем та завідувачем відділення або головним лікарем. Про видачу санаторно-курортної карти робиться відповідний запис у медичній документації, термін дії карти – 2 місяці.

Якщо за станом здоров'я хворий не потребує постійного медичного догляду та дотримання певного режиму, йому можна рекомендувати амбулаторне курортне лікування.

Загальні протипоказання, що унеможливлюють направлення хворих на курорти та місцеві санаторії:

1. Усі захворювання у гострій стадії, хронічні захворювання у стадії загострення та ускладнення з гнійними процесами.
2. Гострі інфекції до закінчення терміну ізоляції.

3. Усі венеричні захворювання у гострій або заразній стадії.

4. Психічні захворювання (усі форми наркоманії, хронічного алкоголізму, епілепсії).

5. Усі захворювання крові в гострій стадії та стадії загострення.

6. Кахексія (виснаження) будь-якого походження.

7. Злоякісні утворення. Хворі після радикального лікування хірургічного, хіміотерапевтичного, променевої терапії, комбінованого з приводу злоякісних новоутворень можуть направлятися тільки до місцевих санаторіїв для загальнозміцнювального лікування при загальному задовільному стані хворого.

8. Усі стани та захворювання, що потребують хірургічного втручання та стаціонарного лікування.

9. Вагітність слугує протипоказанням для направлення на бальнеологічні та грязеві курорти, а на кліматичні курорти – починаючи з 26-го тижня.

10. Усі форми туберкульозу в активній стадії – для будь-яких курортів та санаторіїв нетуберкульозного профілю.

11. Ехінококоз будь-якої локалізації.

Захворювання, при яких протипоказане направлення на курорти та до санаторіїв для дорослих та підлітків:

1. Облітеруючий тромбангіїт – за схильності до генералізації процесу, а в стадії загострення – за виражених трофічних розладів.

2. Септичний тромбофлебіт – протягом 1–2 років після перенесеного загострення.

3. Тромбоемболічна хвороба, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею, поліпоз кишок, хронічний коліт з ерозивним або виразковим процесом – при кровотечах, що мали місце в останні 8–10 місяців.

4. Жовчнокам'яна хвороба – при наявності важких та частих нападів.

5. Цироз печінки, жовтяниця – протипоказані для направлення усі форми жовтяниці.

6. Тиреотоксикоз – тиреотоксичне серце.

7. Поліартрити – за прогресуючого процесу з анкілозами, контрактурами.

8. Хронічний остеомієліт – наявність великих секвестрів або стороннього тіла в ділянці ураження.

9. Хронічний абсцес легень, бронхоектазія – при рясному виділенні харкотиння, виснаження хворих, підвищення температури тіла.

10. Спонтанний пневмоторакс, після операцій на легенях – за наявності масивних плевральних випотів, трахеобронхіальних нориць. За неефективної операції з приводу гнійних процесів.

11. Полікістоз, гідронефроз – за наявності хронічної ниркової недостатності.

12. Гематурія – мікроскопічна гематурія будь-якого походження.

13. Сечокам'яна хвороба – за наявності каміння, що потребує видалення хірургічним шляхом.

14. Стриктури уретри, аденома простати: наявність аденоми передміхурової залози II–III ст.

Проте загострення проходить, оперативне лікування можна здійснити за допомогою сучасних технологій, а найкращим методом реабілітації є санаторне лікування. При хірургічних захворюваннях воно необхідне щонайменше один раз на рік, а то й раз у півроку. Відпочивати найкраще в Україні, де багаті природні оздоровниці.

Показання для направлення хворих з хірургічними захворюваннями на курорти та місцеві санаторії:

1. Облітеруючий атеросклероз судин кінцівок без гангрени, виразок та розладів мозкового та коронарного кровотоку – курорти з сірководневими водами: Любен-Великий, Немирів, а також курорти з радоновими водами – Біла Церква, Хмільник. На ці курорти також можна направляти хворих після операцій на артеріях (протезування судин), але не раніше, ніж через 6–8 тижнів після операції.

2. Залишкові явища перенесеного тромбофлебіту поверхневих вен нижніх кінцівок, але не раніше, ніж через 2 місяці після затухання гострих явищ, – бальнеологічні курорти з сірководневими водами: Любен-Великий, Немирів.

3. Залишкові явища після перенесеного тромбозу глибових вен, посттромбофлебітичний синдром, але не раніше 4-х місяців після затухання гострих явищ; краще лікувати на бальнеологічних радонових курортах (Біла Церква, Хмільник), проте можна використовувати й сірководневі курорти, грязеві (Слов'янськ, Бердянськ, Маріуполь, Любен-Великий), кліматичні приморські: Бердянськ, Аркадія, Великий Фонтан, Феодосія, Південний берег Криму.

4. Хвороби оперованого шлунка, в тому числі демпінг-синдром, астенічний синдром, гіпоглікемічний синдром, гепатит, холецистит, ентероколіт, коліт – не раніше, ніж через 2 місяці після операції: бальнеологічні курорти з питними мінеральними водами: Березовські мінеральні води, Верховина, Миргород, Поляна, Трускавець.

5. Холецистит, холангіт, після оперативного втручання на жовчних шляхах, але не раніше, ніж через 3–4 місяці після операції, хронічний панкреатит, спайки черевної порожнини (післяопераційні або після запалення) без порушення пасажу кишкового вмісту – бальнеологічні з питною мінеральною водою – Березовські мінеральні води, Верховина, Миргород, Поляна, Трускавець; бальнеологічні з лікувальними грязями: Миргород, Одеса, Феодосія.

6. Деформуючий остеоартроз дистрофічний, посттравматичний артрит з обмеженням рухів у суглобах після переломів та тривалої іммобілізації, спондильоз, спондилоартроз, контрактури Дюпюїтрена, – хронічний остеомієліт у стадії ремісії – курорти з хлоридними натрієвими водами: Одеса, Саки, Слав'янськ, сірководневі курорти: Немирів, Синяк; радонові води: Хмільник, грязеві курорти: Бердянськ, Гопри, Слов'янськ, Євпаторія, Саки, Куяльницький.

7. Бронхоектатична хвороба, що супроводжується наявністю хронічних абсцесів у стадії стійкої ремісії без виділення гнійного харкотиння та явищ легеневої та серцевої недостатності вище I ступеня та явищ амілоїдозу внутрішніх органів. Хворі після операцій на легенях з приводу гнійних процесів нетуберкульозного характеру, вроджені патології, доброякісні пухлини, за задовільного загального стану, але не раніше, ніж через 3–4 місяці після операції – кліматичні курорти: Одеса, Судак, Феодосія, Південний берег Криму.

8. Гіпертіреоз легкої форми в поєднанні з іншою патологією, що не є протипоказанням для направлення на лікування: кліматичні приморські курорти: Феодосія, Південний берег Криму, Бердянськ.

Отже, правильно організоване санаторно-курортне лікування не тільки допоможе у післяопераційному періоді, але й протистоїть рецидивам багатьох хронічних захворювань.

Особливості догляду за хірургічними хворими

Догляд за хірургічними хворими має свої особливості. Результати оперативного втручання багато в чому залежать від правильності підготовки хворого до операції і дбайливому догляді після операції. Медичний персонал слідкує за своєчасним і точним виконанням хворому перед операцією деяких діагностичних та інших процедур, так як порушення правил і порядку досліджень може

призвести до неправильної оцінки стану хворого і мати серйозні наслідки в післяопераційному періоді.

Догляд за хірургічними хворими починається з перших годин надходження до стаціонару і часто поєднується з передопераційною підготовкою. Їжа повинна бути максимально механічно оброблена, легко засвоюватися. При наявності в шлунку рідини, перед операцією її видаляють за допомогою назогастрального зонда. Увечері та ранком – ставлять очисну клізму та звільняють сечовий міхур. Волосся в зоні операції обов'язково збривається.

В післяопераційному періоді дренажні трубки необхідно промивати та міняти з дотриманням правил асептики та антисептики.

Профілактика ускладнень з боку легень та бронхів посідає одне з важливих місць, оскільки після оперативних втручань, зокрема на органах черевної порожнини, такі ускладнення зустрічаютья часто і посідають друге місце після запальних процесів у рані.

З метою запобігання ускладнень з боку органів дихання доцільно ставити банки, гірчичники, проводити масаж грудної клітки, інгаляції з лікарськими препаратами.

Для постановки банок поверхня має бути рівна, без складок, заокруглень та виступів, особливо кісткових. Найчастіше банки ставлять на ділянку грудної клітки, за винятком ділянки серця, молочних залоз та хребта, а також на поперек по обидва боки від хребта.

Для постановки гірчичників місця можуть бути різними, проте з метою профілактики легеневих ускладнень – між лопатками та під ключицею.

Механізм дії банок:

В результаті утвореного в банці негативного тиску виникає місцевий приплив крові та лімфи до шкіри, із глибше раташованих тканин та органів, що спричиняє рефлекторну дію на судини внутрішніх органів. Найдрібніші судини шкіри, переповнюючись кров'ю та лімфою, можуть розриватися, спричиняючи невеликі крововиливи в товщу шкіри. В місцях крововиливу послідовно відбуваються процеси згортання крові з подальшим розсмоктуванням продуктів її розпаду і аутолізу, в результаті чого в кров потрапляють біологічно активні речовини, які розносяться током крові і спричиняють позитивну (стискаючу) дію на окремі тканими і органи.

Банки ставлять при запальних прецесах в органах грудної клітки (бронхіти, пневмонії, плеврити), міжреберній невралгії, міозитах, радикулітах.

Протипокзания до постановки банок:

1. Легеневі кровотечі.
2. Туберкульоз легень.
3. Злоякісні новоутворення.
4. Різко підвищена чутливість та хвороби шкіри.
5. Сильне виснаження хворого.
6. Висока температура.

Методика і техніка постановки банок:

Хворого кладуть у ліжку на спину, в зручній позі (при постановці банок на спину хворого кладуть на живіт, голова повернута на бік, руки охоплюють подушку). Шкіра на місці постановки банок має бути чистою, якщо покрита волоссям – необхідно збрити, обмити теплою водою з милом і висушити рушником. Шкіра змащується вазеліном, щоб не було опіків і краї банки щільно прилягали до поверхні тіла. В праву руку беруть зонд з туго наметаною ватою, змочують спиртом і запалюють. Лівою рукою тримають банку, а правою в середину її вносять палаючий тампон, швидко виймають, а банку щільно притискають до тіла, поставивши необхідну кількість банок, їх накривають рушником або ковдрою на 10–15 хвилин.

Для зняття банок необхідно однієї рукою відхилити її в сторону, а другою притиснути шкіру біля краю банки з протилежного боку. Повітря проникає в середину і банка сама відділяється від шкіри. Вазелін знімають ватним тампоном, хворого вкривають і залишають лежати протягом 30-ти хвилин.

Механізм дії гірчичників:

Застосування гірчичників засноване на дії ефірно-гірчічної олії, яка міститься в гірчиці. Ефірно-гірчічна олія викликає подразнення шкіри на місці застосування, що зумовлює розширення судин і прилив крові до відповідної ділянки шкіри, при цьому в глибоких тканинах посилюється крово- та лімфообіг, посилюється їх життєдіяльність та опірність. Крім цього гірчичники вгамовують біль. Їх застосовують при запальних процесах верхніх дихальних шляхів (риніт, фарингіт), бронхіт, пневмонія, біль в ділянці серця, гіпертонічна хвороба, міозит, невралгії.

Протипокази до постановки гірчичників:

1. Хвороби шкіри.
2. Легеневі провотечі.
3. Підвищена чутливість до гірчиці.

4. Злоякісні новоутворення.
5. Висока температура тіла.

Методика та техніка постановки гірчичників:

Хворого кладуть в зручне для нього положення і почергово занурюючи гірчичники в теплу воду на 5–10 хв. кладуть на шкіру стороною, покритою гірчицею. Зверху кладуть рушник, накривають ковдрою. Через 10–15 хвилин гірчичник знімають, а шкіру протирають серветкою, змоченою теплою водою, витирають рушником, накривають ковдрою.

Надзвичайно важливим є догляд за хворими після оперативних втручань на органах черевної порожнини, такі пацієнти потребують індивідуального догляду, від дбайливості та кваліфікації якого залежить якість та швидкість одужання і дуже часто доля хворого. Необхідно пам'ятати, що при операціях на органах черевної порожнини можлива поява багатьох ускладнень, які необхідно розпізнати і негайно повідомити лікаря. Деякий час, до поновлення функції шлунково-кишкового тракту, хворі не можуть приймати їжу через рот, тому необхідно забезпечити адекватне парентеральне харчування. Важливе значення має постійне дренування шлунка чи кишкивника, яке проводиться за допомогою назогастрального зонда, і пов'язаний з цим догляд – відсмоктування вмісту, промивання зонда тощо. З метою стимуляції функції кишківника необхідним є проведення сифонних та очисних клізм. Контроль за випорожненнями є необхідною складовою догляду. Дуже важливим є догляд за шкірою, порожниною рота, очима, вухами, волоссям – кожен день вранці та ввечері, Вживаняя хворими рідини і харчування рідкою їжею можливе тільки після відновлення функції шлунково-кишкового тракту, зазвичай, не раніше 3-го дня післяопераційного періоду.

Хворі після операції на сечостатевій системі потребують індивідуального специфічного догляду, особливо в ранньому післяопераційному періоді: відправлення фізіологічних потреб, виконання лікарських призначень та гігієнічних процедур.

Важливе значення має постійне дренування сечового міхура. Пов'язаний з цим догляд – промивання сечового міхура асептичними розчинами. Необхідною складовою догляду є контроль за добовою кількістю сечі.

В процесі догляду необхідно слідкувати за дренажними трубками та пов'язками (кількість виділень, їх характеристика тощо).

Суттєве значений має рання активізація хворих з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень.

При операціях на шлунку (гастректомія, резекція), хворому перед операцією вводять внутрішньовенно сольові розчини, білкові кровозамінники, при потребі переливають компоненти крові – плазму, еритроцитарну масу, промивають шлунок.

В післяопераційному періоді прийом їжі перорально виключається на 2–3 дні після резекції та на 4–5 днів після гастректомії. При розширенні дієти (I стіл) необхідно бути дуже обережним, їжу давати невеликими порціями 6–8 разів на добу. В перші дні після операції існує велика загроза кровотечі, тому зонд, що стоїть у куксі шлунка необхідно постійно промивати невеликою кількістю рідини та аспірувати вміст. На 4–5 день після операції виникає загроза перитоніту внаслідок неспроможності швів анастомоза, тому при появі сильного болю не можна вводити наркотичні анальгетитки до огляду хворого лікарем.

При операціях на кишківнику підготовка до операції полягає в інфузії загальнозміцнюючих розчинів, ретельному очищенні кишківника. За 3–4 тижні призначають безшлакову дієту (протипоказані хліб, картопля, овочі), дають касторову олію і ставлять очисні клізми. Після операції хворий перебуває у реанімаційному відділенні, де йому проводять парентеральне інфузійне лікування, вводячи до 4–5 літрів на добу рідини, призначають знеболюючі, серцеві препарати, вітаміни тощо. В перші дні може виникнути неспроможність анастомозу, тому після операції важливо затримати випорожнення на 5–7 днів, тому хворому дають лише рідини, починаючи з 3-го дня розширюють дієту.

Для профілактики ускладнень з боку легень необхідно проводити дихальну гімнастику і застосовувати інгаляції, медикаментозні препарати.

При догляді хворих з колостомою – необхідно навчити хворого регулювати акт дефекації: промивають норицю 500 мл води, або 150–200 мл рослинної олії, яку вводять за допомогою чашки Есмарха, кінець зонда обережно вводять у нориці і вливають 500 мл води або 150–200 мл рослинної олії. Після відходження калу в норицю вкладають марлевий тампончик, змочений вазеліном, а зверху кладуть серветку, змочену вазеліном, вату і фіксують пов'язкою. Шкіру навколо колостоми змащують пастою Лассара для попередження її подразнення і запалення.

При потребі знеболення використовують ненаркотичні аналгетики, у складних випадках – наркотичні, які призначає лікар і суворо дотримується графік їх введення.

Для повного одужання хворого, для комфортного перебування у стаціонарі необхідно дотримуватись медичної деонтології.

Медична деонтологія – це вчення про принципи та норми поведінки медичного персоналу, направлені на максимальне підвищення ефективності лікувальних та профілактичних заходів, на усунення шкідливих наслідків, недоліків медичної роботи.

Деонтологічні аспекти догляду за хворим мають суттєве значення, оскільки переслідується мета збереження психічного та фізичного здоров'я, його відновлення, тим більше, що психічний стан хворого впливає на фізіологічні процеси в організмі, на загальний стан оперованого хворого, репаративні процеси та загоєння рани, на відновлення функцій у післяопераційному періоді.

Отже, догляд за хворими, особливо хірургічного профілю, повинен поєднувати новітні технології з клінічними підходами, мисленням, чуйним ставленням до хворого. Основа загального догляду полягає у створенні гігієнічної обстановки та відповідного режиму у лікувальному закладі, виконанні лікарських призначень. Надзвичайно важливим є своєчасне та кваліфіковане виконання всіх необхідних заходів.

Догляд за хворими після операції на органах грудної клітки та молочній залозі

Операції на грудній клітці, зокрема такі, як видалення молочної залози через її ураження злоякісними пухлинами, або широкі хірургічні втручання при запальних та інших процесах, розкриття грудної клітки та операції на органах останньої спричиняють ті чи ті порушення, насамперед функції дихання, а також розлади серцево-судинної системи.

Розлади дихання виникають як рефлекторно, внаслідок болю, котрий примушує хворих дихати пришвидшено і поверхово, так і під час оперативних втручань на самих легенях (видалення частини легені і зменшення ємності дихального апарата), а також від часткового ателектазу (спадіння) легені; травматичного та запального процесу.

Рефлекторне поверхове дихання зумовлене болем, який змушує хворого зменшувати дихальні екскурсії грудної клітки для зменшення болю, що призводить до поганого розкриття альвеол у нижніх частинах легенів, ателектазів, застою у бронхах, накопичення сли-

зу, застійних явищ крові в цих частинах легенів та розвитку внаслідок цього запалення легень – пневмонії.

Таким хворим у післяопераційному періоді треба, насамперед, втамовувати біль анальгетичними засобами, зокрема й препаратами морфіну, омнопону, пантопону. Проте ці препарати повинні бути суворо дозовані, адже у великих кількостях вони пригнічують дихальні центри. Особливо це стосується хворих літнього віку.

У ранньому післяопераційному періоді необхідно рекомендувати хворим відкашлювати слиз, проводити дихальну гімнастику. Якщо вони не здатні самостійно виконати ці заходи, слиз видаляють з допомогою відсмоктувача. Необхідно також масажувати грудну клітку, застосовувати фізіотерапевтичні методи, якщо немає до них протипоказань. Важливо також здійснювати гігієнічні засоби – обтирати шкіру розчином борного або камфорного спирту.

Під час догляду за хворими після операцій на грудній клітці та її органах слід пильнувати за дренажами та характером виділення. Особливо пильно треба стежити, чи не виділяється з дренажів кров чи кров'янистий вміст, адже це свідчить про триваючу кровотечу, яку слід негайно зупинити. Так само уважно треба стежити за станом пов'язки. Якщо вона промокає кров'ю, це може свідчити про кровотечу від пошкоджень невеликих артерій. Тривала кровотеча призводить до формування гематоми, яка небезпечна нагноєнням. У цьому разі треба розвести краї рани, перевірити її та зупинити триваючу кровотечу.

Хворі, оперовані на грудній клітці (молочна залоза, легені та серце), повинні вже на другий день після операції їсти, самостійно ходити по палаті та коридору, оскільки тривале перебування у ліжку призводить до небезпечних ускладнень.

Отже, основними заходами у післяопераційному періоді на органах грудної клітки є: запобігання пневмонії, рецидиву кровотечі та нагноєнню післяопераційної рани.

Догляд за хворими, оперованими на голові, шиї та обличчі

Догляд за хворими можна поділити на 2 частини:

1. Загальний догляд – виконання дій, які створюють необхідні умови для одужання хворого.

2. Спеціальний догляд – виконання спеціальних дій у кожного хворого індивідуально.

При догляді за хворими з ранами на голові та шиї необхідно слідкувати за кольором обличчя, артеріальним тиском, пульсом, диханням, що попереджає можливі кровотечі.

Особи, оперовані на черепі та мозку, потребують особливої уваги з боку медичного персоналу.

У післяопераційному періоді можуть виникати судоми, блювота, втрата свідомості, асфіксія. Хворий перебуває у горизонатльному положенні з поворотом голови на бік.

Судоми небезпечні тим, що можуть призвести до скорочення м'язів діафрагми, гортані, трахеї.

При ляринаоспазмі необхідно вивільнити дихальні шляхи.

Якщо немає інтубаційної трубки, необхідно виконати трахеостомію. Така ситуація виникає не часто, але необхідно знати, що при цьому робити.

Годування хворих:

У ранньому післяопераційному періоді після операцій на головному мозкові дихання та ковтання можуть бути порушені, доцільно використовувати метод парентерального харчування та назогастральний зонд.

Догляд за шкірою:

Необхідно повертати хворого, протирати шкіру розчином борного спирту, особливо ділянку спини, куприка, лодижок.

Догляд за спінальними хворими потребує особливої ретельності, оскільки порушення трофіки найнебезпечніше щодо утворення пролежин, порушення дихання.

При операціях на шиї (щитовидна залоза, гортань) можуть спостерігатися пошкодження ляринґеальних нервів, які забезпечують функцію дихання та мови. В деяких випадках, наприклад, при маляції трахеї, що може спостерігатися при пухлинах щитовидної залози, виникає необхідність встановлення трахеостомічної трубки, яку необхідно систематично промивати.

При порушеннях ковтання годування проводять маленькими порціями або використовують назо-гастральний зонд для введення рідкої їжі.

При операціях на органах порожнини рота спостерігається виражена слинотеча, тому з метою попередження асфіксії хворого небхідно покласти на бік.



Пролежини ділянки куприка

Рани супроводжуються пошкодженнями судин, тому небезпечними є кровотечі, гематоми, а надто внутрішні кровотечі.

Тому нагляд за хворими має бути дуже ретельним протягом всього реабілітаційного періоду.

Отже, особливістю ведення хворих, оперованих на голові та шиї є попередження ускладнень у вигляді кровотеч та пролежин, а також таких життєво-важливих функцій як дихання та кровообіг.

Фізіотерапія при хірургічних захворюваннях

Фізичні методи лікування широко застосовують у поліклініці та амбулаторії. Сучасне їх використання в поєднанні з лікувальною гімнастикою та медикаментозною терапією сприяє прискоренню регенеративних процесів, попередженню ускладнень та відновленню працездатності хворих. Одужання після найбільш вдалої операції або консервативного лікування залежать від того, наскільки рано та повноцінно пошкоджений орган починає виконувати характерну для нього функцію. Тому методи фізіотерапії мають застосовуватися цілеспрямовано, як у доопераційному, так і у післяопераціному періодах.

Схема лікування визначається індивідуально при відсутності протипоказань.

Абсцес:

У ранній стадії:

1. Електричне поле УВЧ № 6–10 на ділянку інфільтрата протягом 10 хв. Можна поєднувати з антибіотиком у вигляду електрофореза.
2. Мікрохвильова терапія ділянки запалення – 10 хвилин щоденно, 6–10 процедур.
3. Фонофорез гідрокортизону в ділянці інфільтрата.
4. УФО ділянки вогнища запалення – 4 біодози через день на курс 3–5 опромінень.

В стадії щільного інфільтрата призначають:

1. Солюкс, інфраруж 1–2 рази на день.
2. Індуктотермію ділянки запалення малим диском, доза слабкотеплова, 15 хвилин.

У післяопераційному періоді:

1. УФО гнійної рани та шкіри 4–5 біодоз. Через 1–2 дні (до очищення рани від гною та появи грануляцій). З початку епітелізації рани опромінення проводять в дні перев'язок дозою до 2-х біодоз.
2. Електричне поле УВЧ на ділянку гнійної рани.

3. Солюкс, інфраруж на ділянку рани через пов'язку.
4. Динамометрію на ділянку гнійної рани.

Хронічна артеріальна недостатність кінцівок:

Вибір фізіотерапевтичного методу визначається ступенем ураження. В ранній стадії застосовують дію на сегментарну зону в поєднанні з вогнищевим, у віддаленій стадії – переважно на сегментарну зону.

Рекомендують:

1. Диодинамотерапію на ділянку поперекових сегментарних вузлів.
2. Диодинамотерапію ділянки гомілки.
3. Магнітотерапія ділянки проекції судинно-нервових пучків уражених кінцівок.
4. Ультразвук на ділянку проекції ураженої артерії.
5. Електричне поле УВЧ на ділянку поперекових симпатичних вузлів.
6. Індуктотерапія на симпатичні поперекові вузли.
7. Мікрохвильова терапія на попереково-куприковий відділ хребта.
8. Електросон.
9. Електрофорез з новокаїном чи гепарином на ділянку гомілки.
10. Д'Арсонвалізація внутрішньої поверхні нижніх кінцівок.
11. Парафіново-озокеритові аплікації на поперекову ділянку (43–45°С).
12. Скипідарні ванни.
13. Сульфідні ванни.

Фізіотерапія у пізній стадії захворювання (облітерація):

1. Електрофорез з бромом на комірцеву ділянку.
2. Гальванізація серединних нервів.
3. Електричне поле УВЧ.
4. УФО вздовж хребта, 2–3 біодози по 2–3 сеанси на кожне поле,
5. Парафіново-озокеритові аплікації на поперекову ділянку.
6. Франклінізація поперекової ділянки.
7. Ванни прісні.
8. Масаж сегментарної зони паравертебрально.

Артрит гострий:

1. УФО ділянки суглобів, 4–6 біодоз через день.
2. Індуктотермія ділянки суглоба.

3. Електричне поле УВЧ на ділянку суглоба. Через 2 тижні після стихання гострих запальних явищ:

1. Солюкс, інфраруж на ділянку суглоба.
2. УФО загальне за основною схемою.
3. Мікрохвильова терапія.

Хронічні стадії артриту:

1. Парафіново-озокеритові аплікації на суглоб.
2. Електрофорез з хлористим кальцієм, лідазою на суглоб.
3. Ультразвукова терапія, навколо суглоба.

Бурсит гострий:

В початковій стадії:

1. УФО ділянки суглоба.
2. Мікрохвильова терапія на ділянку суглоба.
3. Електричне поле УВЧ на ділянку суглоба.

З 7-го дня рекомендують:

1. Індуктотермію ділянки суглоба.
2. Парафіново-озокеритові аплікації на ділянку суглоба.
3. Ультразвук на ділянку суглобової сумки.

Хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок:

1. Трипсин-лідаза – електрофорез на ділянку гомілки.
2. Електрофорез з кобальтом на ділянку ураження попереково.
3. Магнітотерапія на ділянку ураження.
4. Бішофітові, сірководневі ванни.
5. Грязеві аплікації.

Геморой:

В початковій стадії рекомендуються:

1. Сидяча ванна (температура 25–28°С) – тривалість 5 хвилин.
2. Д'Арсонвалізація ректальна.
3. Висхідний душ.

Після стихання гострих явищ (через 4–5 днів) рекомендують:

1. Мікрохвильова терапія ділянки промежини.
2. Висхідний душ.
3. Сидяча ванна.
4. Д'Арсонвалізація ректальна.

Гідраденіт:

В стадії інфільтрації:

1. Ультразвук на ділянку запалення.
2. Фонофорез біоміцину на ділянку запалення.
3. Електрофорез з антибіотиком.
4. Мікрохвильова терапія.
5. Електричне поле УВЧ.
6. УФО на ділянку запалення.

У післяопераційному періоді:

1. УФО на ділянку рани, 3 біодози з наступним накладанням асептичної пов'язки.
2. УВЧ на ділянку гнійної рани.
3. Солюкс через пов'язку.

Після утворення грануляцій УВЧ-терапію припиняють і знову застосовують УФО по 2 біодози через день.

Інфільтрат:

У ранній стадії:

1. УФО ділянки інфільтрата.
2. Електричне поле УВЧ.
3. Мікрохвильова терапія.
4. Ультразвукова терапія.

Після стихання гострих запальних явищ:

1. Солюкс.
2. Електрофорез з йодидом калію на ділянку інфільтрата.
3. Парафіново-озокеритові аплікації.

Парапроктит:

1. Мікрохвильова терапія на ділянку заднього проходу.
2. Сидяча місцева ванна.
3. Електричне поле УВЧ.

Тріщини заднього проходу:

1. Ванна сидяча.
2. Дарсонвалізація ректальна.
3. Електричне поле УВЧ.
4. Лазеротерапія.

Тромбофлебіт:

1. УФО ураженої кінцівки 4–5 біодоз.

2. Електричне поле УВЧ на ділянку запалення.
3. Електрофорез з трипсином, гепарином, новокаїном.

Після стихання запальних процесів рекомендовано:
1. Світлова ванна (солюкс, інфраруж).
2. Парафіново-озокеритові аплікації на кінцівку.
3. Ванни місцеві для кінцівок.
4. Д'Арсонвалізація по ходу уражених вен.
5. Електрофорез з фітолізином на ділянку запалення.
6. Магнітотерапія на уражену ділянку.

Флегмона:
1. Електричне поле УВЧ на ділянку запалення.
2. УФО ділянки інфільтрата.
3. Мікрохвильова терапія ділянки запалення.
4. Ультразвукова терапія ділянки запалення.
5. Електрофорез з антибіотиком на ділянку інфільтрата.

Фурункул:

В стадії наростання інфільтрата:
1. УФО ділянки фурункула та прилеглої шкіри.
2. Електричне поле УВЧ.
3. Мікрохвильова терапія.
4. Ультразвукова терапія ділянки фурункула.
5. Електрофорез з антибіотиком на ділянку фурункула.

Отже, раціональне поєднання хірургічного втручання, медикаментозного лікування та фізіотерапії прискорюють одужання пацієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Астапенко В.Г., Малиновский Н.Н. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, Высшэйшая школа, 1984. – 350 с.
2. Александер Д.У., Гуд Р. А. Иммунология для хирургов: Пер. с англ. – М.Медицина, 1974. – 191с.
3. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и хирургическое лечение острых желудочно-кишечных заболеваний. – К., Здоров'я. – 1991.
4. Боун Р. Сепсис и септиический шок//Сепсис и антибактериальная терапия: Сборник статей и рефератов. – Киев, – 1997. – с.31–38.
5. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Гинекология. 3-е изд.М.,Медицина. – 1977.
6. Бернет Ф. Клеточная иммунология:пер. с англ. – М.: Мир. – 1971. – 543 с.
7. Бойд У. Основы иммунологии:пер. с англ. – М.: Мир. – 1969. – 647 с.
8. Белоцкий С.М. Иммунология хирургической инфекции: Научн. обз.// Под ред.Б.М.Костюченка. – М.,Медицина,1980. – 105 с.
9. Бобров О.Е., Семенюк Ю.С.,Мендель Н.А., Игнатов И.Н. Так ли безопасны ляпароскопические операции.//Новости медицины и фармации. – 2004. – № 14. – с.18–19.
10. Буряков С.Г. О последствиях холецистэктомии или постхолецистэктомическом синдроме.//Новости медицины и фармации. – 2004. – №14. – с.10–11.
11. Ваврик Ж.М. Лекції з хірургії для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів. – К., Вища школа. – Тернопіль, Укрмедкнига. – 2000. – 444 с.
12. Вишневский А.А. и соавт. Облитерирующие заболевания сосудов конечностей.М., Медицина,1974.
13. Гостищев В.К. Общая хирургия. М., Медицина, 1993.
14. Горбатко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. Л.,1982.
15. Горевская А.И., Некрасов Н.Л. Патогенетическая терапия фиброаденоматоза молочной железы: Методические рекомендации. – К.,1977. – 22 с.
16. Делевский Ю.П., Хавкина Л.В., Рынденко В.Г. и др. Особенности иммунологического статуса у больных с посттравматическими ранами //Ортопедия, травматология и протезирование – 1980. – №2 – с.13–18.

17. Даценко Б.М., Белов С.Т., Тамм Т.И. Гнойная рана. – К., Здоров'я. – 1985. – 136 с.

18. Даценко Б.М., Тамм Т.И. Эффективность клинического применения препарата "Цифран" в лечении хирургической инфекции //Клиническая хирургия. – 1994. – №3. – с. 34–36.

19. Дьяков С.И., Кацалуха В.В., Лебедева И.К. и др. Сравнительная оценка эффективности фторхинолонов при экспериментальной сибиреязвенной инфекции //Антибиотики и химиотерапия. –1994. – т.39. – №6. – с.15–19.

20. Жеммель Ж. Интеграция между антибиотиками и фагоцитарными клетками: эффект на высвобождение эндотоксина из грамм /–/ бактерий //Сепсис и антибактериальная терапия: Сборник статей и рефератов. – Киев. – 1977. – с.85–86.

21. Зотов А.С., Белик Е.О., Чещук В.Е. Мастопатия и рак молочной железы., К., 2002. – 87 с.

22. Зорина С.В., Милосердова Л.М. Профилактика возникновения дисгормональных заболеваний и рака молочной железы., Методические рекомендации. – К. 2005. – 15 с.

23. Земсков В.С., Арикьянц М.С. II Всесоюзная конференция "Раны и раневая инфекция", Москва, окт. 1986 //Клиническая хирургия. – 1987. – №3. – 75–77.

24. Исаков Ю.Ф., Степанов З.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. М., Медицина, 1988. – 141 с.

25. Кузин М.И. Хирургические болезни. М., Медицина, 1986. – 703 с.

26. Ковальчук Л.Я., Спіженко Ю.П., Саєнко В.Ф. та ін. –Шпитальна хірургія. – Тернопіль: Укр. мед. книга, 1999. – 590 с.

27. Ковалев М.М., Шевченко В.С., Писаренко А.С. Острый холецистит. – Киев, 1975.

28. Ковалев М.М., Зарицкий П.В., Говденко П.Ф., Теплый В.К. Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни. – Киев. Здоров'я. – 1979.

29. Конычев А.В., Бегишев О.Б., Лебедева Т.П. и др. Особенности микрофлоры гнойных ран в большом городе //Вестник хирургии им.Грекова. – 1991. – т.146. – №4. – с.28–31.

30. Краснов А.Ф., Аршин В.М., Цейтлин М.Д. Справочник по травматологии. М., Медицина. – 1984. – 397 с.

31. Кукин Н.И. Диагностика и лечение заболеваний молочной железы. М., Медицина, 1972. – 238 с.

32. Кукуджанов Н.И. Паховые грижи. – М., Медицина. – 1979.

33. Лошонци Д. Внутрибольничные инфекции: Пер. с венг. Медицина. – 1978. – 453 с.

34. Матяшин М.И., Балтайтис Ю.В., Яремчук А.Я. Осложнения аппендэктомии. – К., Здоров'я. – 1974. – 221 с.

35. Мазурик М.Ф., Демянюк Д.Г. Амбулаторная хирургия., К., Здоров'я. – 1988. – 302 с.

36. Нетяженко В.З. Загальний і спеціальний догляд за хворими. – К., Здоров'я. – 1998.

37. Навашин С.М., Навашин П.С. Фторхинолоны – современное значение антибактериальной терапии, перспективы развития //Антибиотики и химиотерапия. – 1996. – 41. – № 9. – с.4–10.

38. Нечай С.В. Російсько-український медичний словник з іншомовнимим назвами. К. – 2000. – 462 с.

39. Орловский Л.В. Предупреждение рака молочной железы. – М., Медицина. – 1985. – 18 с.

40. Петров С.В. Общая хирургия. М., Москва. – 2005. – 750 с.

41. Палій І.Г. Заїка С.В., Ясько Л.П. Актуальність ранньої діагностики жовчнокам'яної хвороби в амбулаторних умовах.//Здоров'я України. – 2007. – № 2. – с.51.

42. Падейская Е.Н. Фторхинолоны: значение в проблеме химиотерапии инфекционных заболеваний. Обзор лит. // Антибиотики и химиотерапия. – 1989. – т.34. – № 7. – с.514–521.

43. Профілактика гнійно-септичних ускладнень в абдомінальній хірургії.: Метод реком.//Огоновський В.К., Подільчак М.Д., Прикупенко В.І., Курдибан М.І. та ін. – Львів. – 1992. – 18 с.

44. Рушай А.К. Опыт применения Ципринола у больных с гнойными процессами конечностей в стационарных и амбулаторных условиях.//Здоров'я України. – 2007. – № 8. – с. 46–47.

45. Рубцов Н.Л., Конев В.Г., Шудрак А.А. Геморрой: диагностика, современные методы лечения. – Метод.реком. – К., – 2002. – 27 с.

46. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей.//Под ред. М.И.Кузина. – М., Медицина. – 1990. – 591 с.

47. Самюэл Б.Х. Предопухолевые поражения желудка//Український медичний часопис. – 1997. – № 1. – с. 4–16.

48. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. – Медицина., 1986.

49. Стручков В.И. Общая хирургия. М., Медицина. – 1989.

50. Стручков В.И. Гнойная хирургия. М. – Медицина. – 1985.

51. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. Физкультура и медицина., София. – 1977. – 502 с.

52. Современное медикаментозное лечение ран //Ведомственная инстрцукция., Учреждение-разработчик: Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины., Киев. – 2002.

53. Саенко В.Ф. Сепсис // Сепсис и антибактериальная терапия: Сборник статей и рефератов. – Киев. – 1997. – с.4–8.

54. Скрипниченко Д.Ф. Хирургия. К., Вища школа. – 1984. – 511 с.

55. Справочник хирурга. Под ред. В.Г.Астапенко. – Минск. – Беларусь. – 1980. – 462 с.

56. Тронько Н.Д., Ефимов А.С., Лазарев А.П., Пхакадзе А.Г. Сборник лекций для больных с сахарным диабетом. – К. – 2003. – 60 с.

57. Трещинский А.И. Принципы рациональной антибактериальной терапии //Сепсис и антибактериальная терапия: Сборник статей и рефератов. – Киев. – 1997. – с.115–121.

58. Товстуха Є.С. Фітотерапія. – К., Здоров'я. – 1990. – 304 с.

59. Тотолян А.А. Иммунологические аспекты хирургической инфекции: инфекция у иммунoскомпрометированного больного. – Санкт-Петербург. – 1995. – 17с.

60. Теория и практика местного лечения гнойных ран. //Под ред. Б.М.Даценко. – К., Здоров'я. – 1995. – 381с.

61. Ткаченко В.Н., Колос Н.И.,Косульников С.О. и др. Применение препарата "Цифран" в комплексном лечении перитонита //Клінічна хірургія. – 1996. – № 2–3. – с.55.

62. Український консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок. – К. – 2005. – 20с.

63. Федоров В.Д., Дульцев Б.В. Проктология. М., Медицина. – 1984.

64. Фриммель Х.,Брок И. Основы иммунологии: пер. с нем. – М. – Мир. – 1986. – 243 с.

65. Федущак А.Л. Патогенез и профилактика местных постинъекционных гнойно-воспалительных осложнений //Клинико-экспериментальное исследование: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27 /Львовск. гос. мед. институт. – Львов. – 1988. – 18 с.

66. Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях. Под ред. Хромова Б.М., М. – Медицина. – 1980. – 519 с.

67. Черенько М.П. Захворювання і пошкодження шиї. К. – Здоров'я. – 1984.

68. Черенько М.П. и соавт. Брюшные грижи. К., Здоров'я, 1995.

69. Черенько М.П. Загальна хірургія. – К., Здоров'я. – 1999.

70. Черенько М.П. Справочник хирурга поликлиники К., Здоров'я. – 1990.

71. Чернуха Л.М., Никульников П.И., Гуч А.А., Артеменко М.О. Венозные тромбозы нижних конечностей: возможно ли решение проблемы сегодня.// Здоров'я України. – 2007. – № 18. – с. 5–7.

72. Черенько М.П. Заболевания щитовидной железы и их хирургическое лечение: учебно-методическое пособие. – К. – 1989. – 44 с.

73. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. – К., Здоров'я. – 1992.

74. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен. К., Здоров'я. – 1984.

75. Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Полупан В.Н. Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике. – М., 1979.

76. Шапошников Ю.Г., Кондратьева И.Е. Иммунологические факторы заживления ран.//Хирургия. – 1981. – № 5. – с. – 25–28.

77. 61. Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия. М., Медицина. – 1977.

78. Коржик Н.П. Розробка комплесного способу лікування гнійних ран місцевими антисептиками в поєднанні з ципрофлоксацином: Дис. канд. мед. наук: 14.00.24 (Націон. мед. унів. ім. акад. О.О. Богомольця, – Київ, 2000 р. – 104 с.

79. Диагностика и лечение дисгормональных заболеваний молочной железы у девушек., Метод. реком., Донецк, 2004, 18 с.

80. Аткинс Роберт. Биодобавки доктора Аткинса, М. 2000, 426 с.

81. Шлунково-кишкові кровотечі у практиці лікаря-інтерніста. Метод. реком., Дніпропетровськ, 2006. – 36 с.

82. Консультативний атлас лікаря. – Berlin-chemie, – 2004 – 36 с.

ЗМІСТ

Вступ .2

І. Основи загальної хірургії

Знеболення в амбулаторній хірургії 4
Хірургічна операція .8
Особливості гнійно-септичного процесу
в сучасних умовах. Основні збудники 11
Медикаментозне лікування гнійних ран 14
Опіки: перша допомога та лікування 16
Відмороження .22
Рани .25
Кровотечі та методи їх зупинки 27
Правець .29
Бешиха .32
Еризипелоїд .33
Фурункул .34
Карбункул .35
Гідраденіт .37
Абсцес .38
Флегмона .40
Панарицій .41
Мастит .50
Лімфангіїт .54
Лімфаденіт .55
Гнійний артрит .56
Сказ .57
Сибірка .60
Анаеробна інфекція .63
Врослий ніготь .66
Доброякісні пухлини м'яких тканин та кісток 67
Злоякісні пухлини м'яких тканин 69

Хронична специфічна инфекція в хірургії 70
Іксодові кліщі: небезпека та запобігання .74

II. Госпітальна хірургія

Захворювання стравоходу .76
Хвороби щитоподібної залози .79
Серединні та бокові кісти шиї .85
Травматичні пошкодження органів грудної клітки 86
Абсцес легень .90
Гнійний плеврит .91
Бронхоектази .94
Основні захворювання молочної залози .95
Дороякісні захворювання шлунка тапередракові стани 104
Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки 107
Гострий апендицит .113
Гострий холецистит .120
Панкреатит .123
Грижі живота .130
Рідксні форми гриж .132
Гостра кишкова непрохідність .134
Тромбоз та емболія брижових судин .136
Закриті травми живота .137
Патологія селезінки .144
Перитоніт .147
Варикозна хвороба .150
Тромбофлебит та флеботромбоз .155
Гостра артеріальна непрхідність магістральних судин 157
Хронічні облітеруючі захворювання артерій кінцівок 159
Парапроктит .164
Нориці .167
Геморой .169
Випадання прямої кишки .172
Тріщини анального проходу .173

III. Травми

Травми . 174
Закриті пошкодження м'яких тканин 177
Пошкодження сухожилок . 180
Переломи . 188
Травматичні вивихи . 191
Переломи ключиці . 200
Переломи плеча . 201
Переломи кісток предплічча . 203
Переломи кісток кисті . 207
Переломи стегна . 209
Переломи надколінника . 213
Переломи кісток гомілки . 214
Переломи кісток стопи . 218
Переломи кісток таза . 223
Пошкодження хребта . 229
Контрактура Дюпюітрена . 235
П'яткова шпора . 236
Сколіоз . 236
Плоска стопа . 237
Деформація та відхилення 1-го пальця стопи назовні 238
Тендовагініт . 239

IV. Реабілітація та догляд за хірургічними хворими

Санаторно-курортна реабілітація хірургічних хворих 240
Особливості догляду за хірургічними хворими 243
Догляд за хворими після операції на органах грудної клітки та молочній залозі . 248
Догляд за хворими, оперованими на голові, шиї та обличчі . . . 249
Фізіотерапія при хірургічних захворюваннях 251
Список рекомендованої літератури . 256

Навчальне видання

АМБУЛАТОРНА ХІРУРГІЯ

Авторський колектив:
Коржик Наталія Петрівна – кандидат медичних наук, лікар вищої категорії.
Миронов Олександр Миколайович – лікар вищої категорії

ISBN 978-966-460-021-1

Видавництво "Книга плюс",
01001, Київ-1, а/с 222
Свідоцтво ДК № 1820 від 18.03.2003

Підп. до друку 14.04.2010. Формат 60/84/16.
Друк офсет. Ум. друк. арк. 15. Наклад 500 прим.

Шановні читачі!
Автори щиро вдячні всім, хто придбав та прочитав нашу книгу. Зауваження, відгуки, пропозиції та рецензії просимо надсилати до редакції.

Надруковано у друкарні «Літопис»
57164 Україна, Миколаївська обл. Миколаївський р-н,
с. Кірове, вул. Індустріальна буд. 2А, тел. +38 (0512) 71-30-07
Свідоцтво №ДК3105 від 15.02.2008

Н.П. Коржик, О.М. Миронов

АМБУЛАТОРНА ХІРУРГІЯ